

Министерство здравоохранения и социального
развития Российской Федерации
Министерство образования и науки
Российской Федерации
Российская академия медицинских наук
Научный центр здоровья детей
Союз педиатров России
Всероссийское общество развития школьной
и университетской медицины и здоровья

СТРАТЕГИЯ

«ЗДОРОВЬЕ И РАЗВИТИЕ ПОДРОСТКОВ РОССИИ»

(гармонизация Европейских и Российских подходов
к теории и практике охраны и укрепления
здоровья подростков)

Москва
2010

Министерство здравоохранения и социального
развития Российской Федерации
Министерство образования и науки
Российской Федерации
Российская академия медицинских наук
Научный центр здоровья детей
Союз педиатров России
Всероссийское общество развития школьной
и университетской медицины и здоровья

СТРАТЕГИЯ

«ЗДОРОВЬЕ И РАЗВИТИЕ ПОДРОСТКОВ РОССИИ»

(гармонизация Европейских и Российских подходов
к теории и практике охраны и укрепления
здоровья подростков)

Издание второе, исправленное и дополненное

Москва
2010

УДК 613.94 (035.3)

ББК 51.1 (РРос) к 1
Б24

Стратегия «Здоровье и развитие подростков России» (гармонизация Европейских и Российских подходов к теории и практике охраны и укрепления здоровья подростков). – М.: Издатель Научный центр здоровья детей РАМН, 2010. – 54 с.

Авторы: А.А. Баранов, В.Р. Кучма, Л.С. Намазова-Баранова, Л.М. Сухарева, А.Г. Ильин, И.К. Рапопорт, В.И. Широкова, А.А. Левитская, О.В. Чумакова, Е.В. Антонова, В.Ю. Альбицкий, И.В. Звездина, В.В. Чубаровский, Н.В. Соколова, А.А. Сергеева.

Стратегия предназначена для органов законодательной и исполнительной власти субъектов Российской Федерации, медицинских, педагогических и социальных работников муниципальных образований.

ISBN 5-94302-061-6

© НЦЗД РАМН

Стратегия подготовлена при поддержке
Представительства Детского фонда ООН
ЮНИСЕФ в Российской Федерации



ЕВРОПА

ЕВРОПЕЙСКАЯ СТРАТЕГИЯ «ЗДОРОВЬЕ И РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ»²

Дети – это наши инвестиции в общество будущего. От их здоровья и того, каким образом мы обеспечиваем их рост и развитие, включая период отрочества, до достижения ими зрелого возраста, будет зависеть уровень благосостояния и стабильности в странах Европейского региона в последующие десятилетия.

В соответствии с резолюцией EUR/RC53/R7, в настоящем документе изложена предлагаемая Европейская стратегия «Здоровье и развитие детей и подростков», целью которой является оказание содействия государствам-членам в выработке собственных стратегий и программ. Данная стратегия вместе с соответствующим проектом резолюции представляется на рассмотрение Регионального комитета.

² Принята на 55-ой Сессии Европейского регионального комитета ВОЗ (Бухарест, Румыния 12-15 сентября 2005 г.)

Содержание

Преамбула	7
Введение	8
Почему дети и подростки заслуживают особого внимания?	8
Цели, задачи и условия их выполнения	19
Как лица, определяющие политику, могут использовать данную Стратегию	26
Принципы и приоритетные направления действий	28
Руководящие принципы	28
Приоритетные направления действий	30
Основные проблемы и меры воздействия, проводимые в отношении подростков.....	35
Разработка стратегии и ее реализация: актуальные задачи	72
Обеспечение справедливости в отношении здоровья детей и подростков	74
Усиление информационного обеспечения для принятия решений	77
Усиление согласованных действий и сотрудничества между секторами.....	78
Обеспечение участия молодежи, семей и местных сообществ.....	85
Роль сектора здравоохранения.....	88
Выводы	90
Список документов	92
Библиография	98
Приложения	102
Интернет ресурсы по проблеме	108

Преамбула

1. Одной из основных задач российского общества является обеспечение гармоничного роста и развития подростков до достижения ими зрелого возраста, так как от этого зависит уровень благосостояния и стабильности в регионах страны в последующие десятилетия.

2. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), Европейский региональный комитет ВОЗ, Российское здравоохранение накопили опыт охраны и укрепления здоровья подрастающего поколения, который максимально эффективно должен использоваться в работе органов управления в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации, учреждений здравоохранения от федерального до муниципального уровней, в межсекторальном взаимодействии по обеспечению гармоничного роста и развития подростков.

3. Обобщение многолетнего опыта работы российской педиатрической службы и международных медицинских организаций по охране и укреплению здоровья детей, подростков и молодежи, а также опыта работы с подрастающим поколением международных и российских общественных организаций и данных научных исследований по гигиене детей и подростков, общественному здоровью и здравоохранению позволило разработать данную Стратегию «Здоровье и развитие подростков России», гармонизирующую Европейские и Российские подходы к теории и практике охраны и укрепления здоровья подростков.

Введение

Почему подростки заслуживают особого внимания?

4. От здоровья подростков и того, каким образом обеспечен их рост и развитие, будет зависеть уровень благосостояния и стабильности в регионах страны в последующие десятилетия.

5. Хорошее состояние здоровья подростков является одним из источников социального и экономического развития. Столь же справедливо и обратное утверждение. Нездоровье и нарушение развития подростков приводят к многочисленным последствиям. Нездоровые подростки создают дополнительную нагрузку для родителей и могут влиять на экономические возможности семьи. Это может приводить к неблагоприятным последствиям для всех членов семьи, включая их братьев и сестер. Системы здравоохранения и социального обеспечения также несут затраты, потребность в которых нередко сохраняется и после достижения большим зрелого возраста.

6. Анализ состояния здоровья детей и подростков России свидетельствует о том, что на протяжении 20-летнего периода сохраняется тенденция к росту заболеваемости по обращаемости на 2-4% в год, увеличивается распространенность хронической патологии, снижается количество здоровых детей во всех возрастно-половых группах, что подтверждается данными и официальной статистики и результатами выборочных научных исследований. По данным государственной статистики общая заболеваемость детей в возрасте от 0 до 15 лет, включая заболеваемость младших подростков (10-14 лет, включительно) превышает 2400‰, а общая заболеваемость старших подростков (15-17 лет, включительно) приближается к 2000‰. Во многих регионах России показатели заболеваемости превышают общероссийские.

7. По данным официальной статистической отчётности за период с 2001 по 2008 год значительно ухудшились показатели, характеризующие заболеваемость детей старшего подросткового возраста. Частота всех классов болезней и первичная заболеваемость среди подростков в возрасте 15 – 17 лет увеличилась на 66,0% и 64,6% соответственно. Рост заболеваемости отмечается, практически, по всем классам болезней. Однако наиболее значительный рост показателя выявлен по частоте новообразований (+97,7%), болезней крови, кровеносных органов и иммунитета (+99,2%), системы кровообращения (+103,1%), органов пищеварения (+80,7%), костно-мышечной системы и соединительной ткани (+96,9%), мочеполовой системы (+77,2%), последствий воздействия внешних причин (+71,8%).

8. Ухудшается и репродуктивное здоровье детей, особенно старшего подросткового возраста. В настоящее время более чем у 30% юношей и девушек выявляется задержка полового созревания. За период с 2001 по 2008 год частота расстройств менструальной функции у девочек в возрасте 15-17 лет увеличилась практически в 2 раза (+96,5%). Распространённость воспалительных заболеваний половых органов среди девушек возросла на 46,2%. По данным научных исследований истинный уровень распространённости расстройств менструации выше официальных данных в 4 раза, а воспалительных гинекологических болезней – в 9,4 раза. В настоящее время более 40% мальчиков и юношей подросткового возраста страдают заболеваниями, которые в дальнейшем могут ограничить возможность реализации репродуктивной функции.

9. Молодежь и подростки находятся в центре глобальной эпидемии ВИЧ/СПИДА. Общее число ВИЧ - инфицированных лиц с момента начала эпидемии ВИЧ/СПИДА в России (1991 г.) составило 350 тыс. человек. Однако реальное число лиц –

носителей ВИЧ больше, и составляет по теоретическим расчетам отечественных специалистов от 560 тыс. до 1,5 млн. чел., по оценкам международных организаций – 1 млн. чел. В России ежегодно проходят ВИЧ-тестирование 17-19% населения. Это позволило установить, что ВИЧ - инфицированными в 80% случаев являются молодые люди в возрасте от 15 до 30 лет, причем юноши значительно чаще, чем девушки. Наиболее высокая распространенность ВИЧ/СПИДа отмечается среди наркоманов, употребляющих инъекционные наркотики и многократно использующих один и тот же шприц. Частота ВИЧ среди указанного контингента в разных городах России различна и составляет от 3% в Волгограде до 70% – в Бийске, в Москве – 12-14%, в Санкт-Петербурге – 30%.

10. В структуре заболеваемости подростков одно из ведущих ранговых мест занимают психические расстройства и расстройства поведения. За период 2001-2008 гг. общая заболеваемость указанными нарушениями здоровья подростков в возрасте 15-17 лет увеличилась на 43,4%, первичная – на 25,3%. Среди психических расстройств наиболее частыми являются поведенческие синдромы, непсихотические и невротические расстройства, связанные со стрессом, а также соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы. Не уменьшается частота встречаемости у детей и подростков психических расстройств органического генеза и умственной отсталости.

11. Данные профилактических осмотров подростков - школьников и углубленные исследования, проводимые научными коллективами в разных регионах Российской Федерации, свидетельствуют о более значительной, по сравнению с данными обращаемости (официальной статистики), распространенности хронической патологии, функциональных расстройств, нарушений физического развития среди детей, подростков и молодежи.

12. Важнейшим медико-социальным показателем здоровья детей является частота детской инвалидности. В 2008 году в России зарегистрировано 506636 детей-инвалидов (191,8 на 10 000 детей) или 2% детского населения в возрасте от 0 до 17 лет, включительно. 24,9% из них являются детьми старшего подросткового возраста (показатель – 292,8 на 10 000 подростков 15-17 лет). Психические расстройства являются причиной инвалидности у 32% детей старшего подросткового возраста, соматическая патология, болезни нервной системы и врождённые аномалии развития, соответственно – у 16,8%, 16,7% и 11,8% детей 15-17 лет. Инвалидность при соматической патологии формируется, преимущественно, к 10 - 12-летнему возрасту, при психической – к возрасту 15-17 лет.

13. Висцеральные и метаболические нарушения (болезни внутренних органов и нарушения обмена веществ) занимают одну из ведущих позиций в структуре инвалидности детей и подростков (удельный вес 22,4%). Среди висцеральных и метаболических нарушений наиболее частыми являются расстройства кардиореспираторной функции (31,3%), метаболической и ферментной функций (24,9%), а также болезни мочеполовой системы (11,9%).

14. Для любой страны смертность населения подросткового возраста является актуальной социально-демографической проблемой, а её тенденции, причины и возрастно-половая специфика являются объектом пристального изучения. В Российской Федерации это, прежде всего, связано с устойчивостью сложившейся кризисной демографической ситуации, уменьшением численности населения и его плотности.

15. По данным Российского статистического агентства (Росстат) возрастные коэффициенты смертности подростков (умершие на 1000 человек соответствующей возрастной

группы) в 2008 году для мальчиков 10-14 лет составлял 0,4; для девочек того же возраста – 0,2; для юношей 15-19 лет – 1,5, для их сверстниц девушек – 0,6. Совершенно очевидны гендерные различия в показателях смертности: во всех возрастных группах коэффициенты смертности лиц мужского пола выше, чем женского. С 2000 года отмечается тенденция снижения показателей смертности в обеих возрастных группах подростков: так, если в 2000 г. коэффициент смертности мальчиков 10-14 лет составлял 0,6, то в 2008 г. – 0,4 (снижение на 33,3%); в группе девочек того же возраста – 0,3 и 0,2, соответственно (снижение на 33,3%). В старшей возрастной группе подростков, 15-19 лет, коэффициент смертности юношей составлял в 2000г. – 2,1, в 2008г. – 1,5 (снижение на 28,6%); в группе девушек старшего подросткового возраста – 0,8 и 0,6, соответственно (снижение на 25%). Снижение показателя старших подростков было менее значительным, чем в более младших возрастных группах. Среди причин смерти ведущее место занимают внешние (травмы, отравления, самоубийства и др.) и онкологические заболевания. За последние годы значимыми причинами смерти стали сосудистые поражения сердца и головного мозга и болезни органов дыхания.

16. Физическое развитие является одним из критериев оценки состояния здоровья детей и подростков. В настоящее время одновременно с ростом заболеваемости подростков наблюдается увеличение числа юношей и девушек, имеющих отклонения в физическом развитии, преимущественно избыток и дефицит массы тела. Изучение основных показателей физического развития и анализ их изменений у подростков в течение 1995-2004 гг. выявили ряд особенностей. Установлено достоверное снижение темпов продольного роста, уменьшение широтных и обхватных размеров тела, то есть «грацилизация» телосложения. Масса тела подростков во всех возрастно-половых группах была ниже, чем у их сверстников 80-х – начала 90-х годов От-

клонения в физическом развитии формировались за счет избыточной массы тела, наблюдавшейся у 6,6 % у юношей и у 4,5% девушек, и дефицита массы тела, выявленного у 20,2 % у юношей и 23,0 % у девушек. Однако за последнее пятилетие постепенно увеличивается процент детей и подростков, особенно мальчиков и юношей, страдающих избыточной массой тела и начальными стадиями ожирения: так среди московских подростков 10-13 лет избыток массы тела выявлен у 10-11% мальчиков и 4,0-5,0% девочек, ожирение у 6,5% и 4,2% , соответственно. При этом среди девочек младшего и старшего подросткового возраста сохраняется высокая частота дефицита массы тела, превышающая 20%.

17. Ухудшение состояния здоровья, физического развития и физической подготовленности подростков является одной их основных причин сложности комплектования призывниками Вооруженных сил России. Утвержденная Правительством России Концепция федеральной системы подготовки граждан Российской Федерации к военной службе на период до 2020 года определяет цели, задачи и основные направления политики Российской Федерации в области подготовки граждан РФ к военной службе на период до 2020 года. Определены базовые положения общедофедеральной системы подготовки граждан к военной службе и система мер, направленных на улучшение состояния здоровья, физической и морально-психологической подготовки граждан, подлежащих призыву на военную службу, осуществление военно-патриотического воспитания граждан, повышение качества подготовки по основам военной службы и военно-учетным специальностям, восстановление системы массовых занятий видами спорта, способствующими подготовке граждан к военной службе.

18. Наряду с ухудшением отдельных параметров, характеризующих состояние здоровья детей подросткового возраста, за

последние годы произошло значительное увеличение показателей распространённости факторов риска, связанных с образом жизни. Согласно официальным статистическим данным за последние восемь лет число подростков в возрасте 15-17 лет, страдающих наркоманией и состоящих на учёте в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) в связи с употреблением наркотиков, снизилось с 333,8 до 139,9 на 100 000 детей соответствующего возраста. За тот же промежуток времени число детей, состоящих в ЛПУ с токсикоманиями, увеличилось на 42%, в связи с употреблением и злоупотреблением алкоголя – на 61,4%, достигнув соответственно уровней 233,4 и 1304,7 на 100 000 детей 15-17 лет.

19. Для детей старшего подросткового возраста характерна склонность к рискованному сексуальному поведению - более 30% юношей подростков допускают добрачные сексуальные отношения с любым понравившимся человеком, 56,2% девочек допускают возможность аборта в качестве средства избавления от нежелательной беременности.

20. В настоящее время характерной чертой образа жизни подростков старшего возраста является низкая физическая активность, являющаяся причиной ухудшения физической подготовленности школьников и учащихся системы начального профессионального образования. Выявляется неуклонная тенденция снижения силовых возможностей подростков старшей возрастной группы от десятилетия к десятилетию. У современных юношей 15-17 лет значение силы сжатия кисти (динамометрия) ниже на 10 кг, а у девушек на 6 кг, чем у их сверстников 90-х годов. Показатели, характеризующие физическую работоспособность и физическую подготовленность, у современных подростков значительно (на 20-25%) ниже, чем у их сверстников 80-90-х годов, вследствие чего около 50% мальчиков - выпускников школы и до 75 % их сверстниц - де-

вочек не в состоянии выполнять возрастно-половые нормативы физической подготовленности.

21. Неблагоприятные тенденции в состоянии здоровья подростков приводят к таким негативным социальным последствиям как проблемы в получении общего образования, ограничения профессиональной пригодности и к службе в армии, нарушения формирования и реализации репродуктивного потенциала, рождение нездорового потомства, увеличение материальных затрат на медико-социальную поддержку нетрудоспособного населения и др.

22. Здоровье человека – результат многих слагаемых. Применительно к детям подросткового возраста (10-17 лет, включительно) оно складывается из уровня физического, умственного, функционального развития, состояния нейроэндокринных процессов, иммунной защиты и адаптационно-приспособительных реакций в процессе роста, а также находится под воздействием факторов окружающей среды и условий жизнедеятельности. В процессе онтогенеза подростковый период является чрезвычайно напряженным периодом морфофункциональных перестроек. Одновременно этот возрастной период характеризуется влиянием целого комплекса изменяющихся социальных условий (общеобразовательная школа, профессиональное обучение, трудовая деятельность). Сложное взаимодействие биологических и средовых факторов, к которым организм подростка более чувствителен, чем организм взрослого, формирует состояние здоровья подрастающего поколения.

23. Инвестирование в подростков является необходимым по трем причинам.

- У нас имеются моральные и юридические обязательства по защите и соблюдению прав детей и подростков, закрепленные в Конвенции о правах ребенка.

- Такие инвестиции позволят в будущем создать более здоровое общество, что будет иметь благоприятные последствия для общества в целом, местных сообществ и отдельных людей.
- Это будет способствовать экономическому росту и устойчивому развитию, так как предпринимаемые действия будут нацелены на один из наиболее значимых этапов развития ребенка - подростковый.

24. Между субъектами Российской Федерации сохраняются различия в отношении состояния здоровья и доступа к службам здравоохранения. Это проявляется, в частности, в количестве семей с подростками, для которых доступ к высококачественным услугам здравоохранения, информации, образованию, удовлетворительным жилищным условиям и адекватному питанию продолжает оставаться проблематичным. Особенно высокому риску подвергаются малоимущие и маргинальные группы населения. Неравенство в отношении здоровья и доступа к медицинской помощи между различными группами приводит к социальному расслоению и способствует социальной нестабильности.

25. Наряду с такими факторами риска среди подростков, как ожирение, психосоциальные факторы и проблемы психического здоровья, значимость которых возрастает, в стране сохраняются такие проблемы, как недостаточное и/или несбалансированное по макро- и микронутриентному составу питание, инфекционные заболевания. Распространенность ВИЧ/СПИДа среди молодежи в ряде регионов возрастает, а травматизм и насилие представляют угрозу здоровью подростков во всех субъектах Российской Федерации. Возрастает озабоченность в отношении последствий, связанных с загрязнением окружающей среды, экологической небезопасностью, а также нездоровым образом жизни.

26. Социальные и средовые факторы, действующие не изолированно, а в сочетании с биологическими, обуславливают зависимость заболеваемости подростков как от среды, в которой они находятся, так и от генотипа и биологических законов роста и развития. Наибольшему риску развития хронических болезней подвержены подростки с отягощенной наследственностью. В настоящее время социальные факторы по своему значению лишь немногим уступают биологическим. Алкоголизм родителей, неполная семья, неблагоприятный психологический микроклимат и насилие в семье или в образовательном учреждении значительно повышают риск развития патологических состояний.

27. Важнейшее значение в формировании здоровья и развития подростка имеют и факторы загрязнения окружающей среды, повышающие риск возникновения экопатологии в 2-3 раза и снижающие иммунно-биологические резервы организма, а также климато - географические и геохимические факторы, влияющие на процессы роста и развития индивидуума. К числу неблагоприятных экологических факторов относится и контакт родителей с вредными профессионально-производственными факторами, особенно в течение нескольких лет до рождения ребенка. Имеются многочисленные данные о влиянии социально-экономического статуса семьи, условий проживания и питания, образования и поведенческих факторов риска у родителей на здоровье, физическое и психическое развитие детей и подростков.

28. В последние годы в России увеличилась распространенность факторов социального риска (воспитание детей в неполных и неблагополучных семьях, вынужденное переселение, неустойчивое финансовое положение родителей, низкий уровень жизни, беспризорность, безнадзорность и др.). Наблюдается возрастание частоты асоциальных форм поведения и тех его стереотипов, которые сопряжены с риском для здоровья:

рискованные формы сексуального поведения, низкая физическая активность, курение, употребление алкоголя, наркотиков, психоактивных веществ и т.д. На формирование здоровья детей оказывают негативное влияние и недостатки в системе медицинского обеспечения (на уровне первичной медико-санитарной и специализированной помощи), медико-социальной и психолого-педагогической помощи и поддержки.

Вклад факторов – социальных, биологических, техногенных, поведенческих, медико - организационных в здоровье подростков, проживающих в различных социально - экономических и экологических условиях России, различен, что диктует необходимость в дифференцированном подходе к разработке целенаправленных профилактических программ для подростков и молодежи.

29. Менталитет российских подростков, особенно старше 14-15 лет, препятствует посещению ими детских поликлиник, где с 1999 года наблюдаются и лечатся дети от рождения до достижения совершеннолетия (18 лет). В результате этого снижается своевременная выявляемость начальных стадий хронических заболеваний и функциональных расстройств, не проводятся в должном объеме лечебно-коррекционные мероприятия в отношении лиц подросткового образа, перенесших инфекционные и неинфекционные хронические заболевания, травмы и операции. Сложившаяся система медицинского обслуживания подростков России не учитывает современные реалии: возросшую сексуальность подростков и связанные с ней проблемы – рискованное поведение, ВИЧ/СПИД, инфекции, передаваемые половым путем, снижение уровня репродуктивного здоровья, нежелательные беременности у несовершеннолетних, а также возрастающий уровень отклонений в физическом и психическом развитии подростков. Все это диктует настоятельную необходимость создания системы медицинского и медико-социально-психологического обеспечения старших подростков

и молодежи, включая отделения медико-социальной помощи детям и подросткам и клиники, дружественные к молодежи, подростково-молодежные и студенческие поликлиники, консультативно-диагностические центры, Центры здоровья и др.

30. Субъекты Российской Федерации должны взять на себя обязательства по осуществлению более устойчивых действий, направленных на улучшение состояния здоровья молодежи, а также на снижение неравенства.

Цели, задачи и условия их выполнения

31. Целью настоящей стратегии является оказание содействия субъектам Российской Федерации их органам законодательной и исполнительной власти в разработке собственной политики и программ. Она определяет основные задачи в области охраны здоровья и развития подростков и, что наиболее важно, обеспечивает руководство к действию на основе фактических данных и опыта работы, накопленного за последние годы. Стратегия и соответствующий инструментарий позволят субъектам Российской Федерации выявить возможные пробелы в своих планах и более точно определить свои приоритеты для будущих инвестиций. Концепция «единой универсальной стратегии» неприменима в условиях такой большой страны как Россия, характеризующейся выраженным многообразием. Тем не менее, принципы и подходы, лежащие в основе охраны здоровья и развития подростков, носят универсальный характер, хотя характер их применения может меняться в зависимости от региона.

32. Общей целью является создание условий, позволяющих подросткам в Российской Федерации в полной мере реализовать свой потенциал в области здоровья и развития и сократить бремя предотвратимой заболеваемости и смертности. Это будет способствовать здоровому росту и развитию, а также

снижению заболеваемости и смертности не только среди подростков в настоящее время, но также среди взрослых людей в будущем. Инвестиции в здоровое развитие молодых людей сегодня будут, по определению, способствовать экономическому процветанию завтра.

33. Усилия, направленные на выполнение задач данной стратегии, предпринимаемые субъектами Российской Федерации, должны содействовать выполнению их обязательств по достижению следующих показателей – индикаторов эффективности проводимой работы:

1. снижение смертности детей старшего подросткового возраста, в первую очередь, от предотвратимых и условно предотвратимых причин: от внешних причин (травм, отравлений, самоповреждений) вследствие нахождения под действием психоактивных веществ, от сосудистых поражений сердца и головного мозга, беременности, родов, последствий гепатита В и др. на 55-60%;
2. увеличение числа здоровых детей на 10-15%, и снижение частоты формирования хронической патологии на 25-30%;
3. уменьшение частоты расстройств здоровья, снижающих возможность реализации репродуктивной функции (экстрагенитальная патология), а также снижение частоты исхода хронических болезней в инвалидность (первично установленная инвалидность) на 15-20%;
4. снижение числа абортс среди несовершеннолетних по медицинским показаниям на 20-25%, повышение рождаемости, уменьшение частоты невынашивания беременности, снижение материнской, перинатальной и младенческой смертности;
5. увеличение годности юношей к военной службе (до 80-85%);
6. снижение доли детей подросткового возраста, имеющих выраженные ограничения по состоянию здоровья к получению профессионального образования и трудоустройству на 50%.

34. Достижение вышеуказанных показателей возможно при совершенствовании программы и повышении качества профилактических медицинских осмотров детей подросткового возраста, направленных на раннее активное выявление нарушений здоровья и развития. Для достижения представленных показателей должно быть обеспечено своевременное проведение мероприятий по восстановительному лечению и комплексной реабилитации детей с хронической и инвалидизирующей патологией в условиях соответствующих структурных подразделений стационаров и поликлиник. Необходимо использование эффективных технологий диспансерного наблюдения детей, подростков и молодежи, повышение охвата диспансеризацией, а также должна осуществляться полноценная профилактика и коррекция нарушений здоровья в условиях образовательных учреждений. Достижение указанных результатов невозможно без сочетания реабилитационных мероприятий с внедрением современных оздоровительных и коррекционных технологий в деятельность педиатрической службы в образовательных учреждениях.

35. Создание многоуровневой системы оказания гинекологической и андрологической помощи детям и подросткам, основанной на раннем выявлении (в рамках профилактических медицинских осмотров) нарушений репродуктивного здоровья у мальчиков и девочек (юношей и девушек), а также на своевременной коррекции этих нарушений, позволит снизить частоту гинекологической и андрологической патологии. Кроме того, сугубо медицинские мероприятия должны сопровождаться медико-социальной работой с семьей и образовательными учреждениями по профилактике детско-подросткового травматизма и инвалидности, расстройств репродуктивного и психического здоровья, формированию здорового образа жизни подростков.

36. Планируемые медико-социальные программы регионов должны способствовать первичной профилактике заболеваемости, развитию физической культуры детей и подростков, улучшению качества питания обучающихся в образовательных учреждениях, возрастанию уровня знаний по вопросам здорового питания и рациональных физических нагрузок, повышению медицинской активности семьи. Программы должны быть направлены на уменьшение распространённости курения и потребления психоактивных веществ (не менее чем на 50%), а также снижение частоты аборт в поздние сроки (после 22 нед.), отказ подростков от раннего начала половой жизни, снижение распространённости среди несовершеннолетних инфекций, передаваемых половым путём.

37. Реализация широкого комплекса мероприятий, направленных на формирование среди детей подросткового возраста устойчивых стереотипов здорового образа жизни, невозможна без повышения уровня знаний целевых контингентов (родителей, педагогов, медицинских работников) по данным вопросам и формирования активной негативной позиции в отношении приобщения несовершеннолетних к вариантам поведения, рискованного по развитию нарушений здоровья.

38. Стратегия «Здоровье и развитие подростков России» предназначена для оказания содействия субъектам Российской Федерации в выполнении следующих задач:

1. разработка концептуальной основы для научно обоснованного анализа и совершенствования региональных стратегий, программ и планов действий в области охраны здоровья и развития подростков;
2. активизация разноуровневых и многосекторальных действий, направленных на решение основных проблем здравоохранения, связанных со здоровьем подростков;
3. определение роли сектора здравоохранения в разработке

- и координации стратегий и в предоставлении услуг, отвечающих потребностям подростков в области здравоохранения;
4. разработка и внедрение современных организационных и медицинских технологий, обеспечивающих раннее выявление нарушений соматического, репродуктивного и психического здоровья, факторов риска их формирования (дифференцированные, в зависимости от возраста, программы скрининг - обследования, программы профилактических медицинских осмотров);
 5. развитие на уровне субъектов Российской Федерации специализированных учреждений или отделений детских областных больниц, занимающихся лечением болезней репродуктивной системы у детей и подростков, коррекцией врождённых пороков развития органов мочеполовой системы, внедрение в их деятельность эффективных технологий диагностики и лечения;
 6. внедрение современных технологий сохранения и укрепления репродуктивного здоровья, а также диагностики, диспансерного наблюдения и амбулаторного лечения подростков с нарушениями органов репродуктивной системы в работу детских поликлиник; создание регистра детей с болезнями органов репродуктивной системы;
 7. создание разноуровневой системы оказания реабилитационной помощи и проведения восстановительного лечения детям, в том числе старшего подросткового возраста, в Российской Федерации;
 8. разработка и внедрение стандартов и протоколов реабилитации и восстановительного лечения детей с патологией, наиболее часто формирующей нарушение социальной адаптации и интеграции (для оказания данных видов помощи в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях);
 9. внедрение в деятельность отделений организации меди-

цинской помощи детям в образовательных учреждениях современных эффективных технологий коррекции нарушений здоровья и развития, в том числе психического, и оздоровления детей подросткового возраста в условиях образовательных учреждений;

10. кадровое и организационно-методическое обеспечение развития отделений медико-социальной помощи в детских поликлиниках;
11. разработка и внедрение принципов и критериев формирования групп детей подросткового возраста высокого медико-социального риска развития нарушений здоровья, в том числе репродуктивного, для организации и проведения медицинского и медико-социального профилактического наблюдения;
12. совершенствование организационной системы и программ медицинского наблюдения за детьми групп высокого медико-социального риска и программ диспансерного наблюдения за детьми и подростками с нарушениями здоровья, в том числе репродуктивного, и развития;
13. разработка и внедрение порядков и стандартов оценки состояния здоровья детей подросткового возраста для совершенствования разноуровневой системы военно-врачебной экспертизы, а также системы медицинской профессиональной ориентации и врачебного профессионального консультирования;
14. создание системы мониторинга состояния здоровья детей старшего подросткового возраста и факторов риска для повышения эффективности социальной адаптации и интеграции в общественные отношения (трудовая деятельность, военная служба, создание семьи, ответственное материнство и отцовство);
15. разработка и внедрение современных эффективных технологий лечения на амбулаторно-поликлиническом и

стационарном уровнях нарушений репродуктивного здоровья у детей подросткового возраста;

16. разработка и внедрение новых технологий сохранения здоровья детей подросткового возраста средствами формирования устойчивых стереотипов здорового образа жизни, в том числе при реализации непрерывной системы многоуровневого образования детей старших возрастных групп по данным вопросам;
17. совершенствование системы профессиональной подготовки и переподготовки врачей и среднего медицинского персонала по вопросам профилактики и диагностики болезней, лечения, в том числе восстановительного, детей подросткового возраста, сохранения и укрепления репродуктивного и психического здоровья, решения экспертных вопросов в отношении здоровья детей старшего подросткового возраста, формирования устойчивых стереотипов здорового образа жизни;
18. организация и проведение комплексных научных исследований по проблемам сохранения, укрепления и восстановления соматического и репродуктивного здоровья, улучшения физического развития, оптимизации социальной адаптации и интеграции детей старшего подросткового возраста.

39. Решение поставленных задач будет полностью отвечать статье 24 Конвенции ООН о правах ребёнка, провозглашающей: «Ребёнок имеет право на медицинскую помощь, соответствующую наивысшим стандартам, которая может быть реально обеспечена. Государства должны делать особый упор на предоставление первичной медико-санитарной помощи, профилактику болезней, санитарную пропаганду и сокращение детской смертности. Они должны делать всё необходимое, чтобы ни один ребёнок не был лишён доступа к услугам эффективного здравоохранения».

40. Достижение цели обеспечивается выполнением следующих условий:

- использование международного (ВОЗ, ЮНИСЕФ) и отечественного опыта работы медицинских, образовательных, социальных и общественных организаций в сфере сохранения, укрепления и восстановления здоровья детей подросткового возраста;
- обеспечение преемственности в деятельности органов и учреждений здравоохранения и образования с использованием накопленного опыта по охране и укреплению здоровья детей, в том числе подросткового возраста;
- обязательное обеспечение межведомственного подхода при организации мероприятий по сохранению, укреплению и восстановлению здоровья, снижению инвалидности и смертности детей подросткового возраста, формированию устойчивых стереотипов здорового образа жизни.

Как лица, определяющие политику, могут использовать данную Стратегию «Здоровье и развитие подростков России»

41. Данная стратегия предназначена для оказания практической помощи субъектам Российской Федерации при выработке ими собственных региональных стратегий. Она не только определяет основные проблемы в области развития подростков, но также предоставляет лицам, определяющим политику и осуществляющим планирование, научно обоснованные ответы. Она позволит лицам, принимающим решения, развивать необходимый потенциал для улучшения здоровья и жизни молодых людей наиболее эффективным и действенным образом. Данная стратегия направлена не только на сектор здравоохранения и выходит за его рамки. Все сектора должны играть важную роль в расширении жизненных возможностей сегодняшних детей и подростков. Соответствующий инстру-

ментарий будет помогать лицам, определяющим политику и осуществляющим планирование, выявлять наиболее важные факторы для разработки и реализации региональной стратегии в области охраны здоровья детей и подростков.

42. Данный документ обеспечивает концептуальную основу для лиц, определяющих политику и осуществляющих планирование на различных уровнях.

43. Медицинская наука знает, какие меры по улучшению состояния здоровья подростков являются эффективными. Если бы мы были способны воспроизвести социально - экономические условия жизни наиболее привилегированных групп населения в масштабах каждого субъекта, мы бы явились свидетелями резкого изменения состояния здоровья всех молодых людей. Известно, что если бы в рамках отдельных стран были бы предоставлены такие же условия, которыми пользуются 20% наиболее привилегированных слоев населения, 20% наименее обеспеченных семей, это способствовало бы резкому улучшению показателей в области здравоохранения. Социально-экономические различия сегодня для всех очевидны.

44. Анализ причин и механизмов, вызвавших в ходе социально-экономических преобразований в России развитие высокой смертности трудоспособного населения и снижение рождаемости, показал, что негативные изменения обусловлены возникновением особого вида стресса — «социального стресса». Хронический социальный стресс не мобилизует защитные адаптационные возможности организма, а, напротив, включает патогенетические процессы, приводящие к наибольшей утрате здоровья лицами трудоспособного возраста.

45. Сравнение покупательской способности населения (по соотношению заработной платы к стоимости минимальной по-

требительской корзины), с одной стороны, и коэффициентов смертности и ожидаемой продолжительности жизни, с другой, указывает, что демографические показатели перестают ухудшаться только тогда, когда средняя оплата труда в регионе не менее чем в 2,5 раза превышает местный прожиточный минимум. Данная величина и должна быть принята в качестве научно обоснованного официального критерия бедности и определена как минимальный размер оплаты труда в соответствующем регионе.

46. Принимая во внимание, что подростки – это основной трудовой потенциал России, формирование у них в процессе получения профессионального образования и в начале профессиональной деятельности трудовой мотивации, обеспеченной достойной оплатой труда, является определенным залогом высокой эффективности производственной деятельности и трудового долголетия при сохранении здоровья, семейного благополучия и увеличении продолжительности жизни.

Принципы и приоритетные направления действий

Руководящие принципы

47. Данная стратегия разрабатывалась на основе четырех руководящих принципов.

- **Подход с точки зрения полного жизненного цикла.** Стратегии и программы должны быть ориентированы на решение проблем, связанных со здоровьем на каждом этапе развития человека – от дородового периода до подросткового возраста, с которыми ребёнок пришёл в подростковый период.
- **Обеспечение справедливости.** При оценке состояния здоровья населения, выработке политики и планировании

деятельности по оказанию услуг следует принимать во внимание потребности наименее обеспеченных групп населения.

- **Межсекторальные действия.** При разработке стратегий и планов по улучшению состояния здоровья подростков следует применять межсекторальный подход к решению проблем общественного здравоохранения с учетом основных детерминант здоровья.
- **Совместная деятельность.** Широкая общественность и молодежь должны принимать участие в планировании, осуществлении и мониторинге стратегий и деятельности по предоставлению услуг.

48. Факторы риска и благоприятные возможности присутствуют на всех стадиях развития человека - от момента зачатия до подросткового возраста. На каждом из этапов закладываются основы здоровья и формы поведения, связанные со здоровьем и присущие более поздним этапам развития. Такой подход важен в отношении инвестиций в здоровье на протяжении этих возрастных периодов, так как с точки зрения полного жизненного цикла признается также наличие связи между поколениями, проявляющейся тогда, когда молодые люди сами становятся родителями.

49. Здоровье является одним из основополагающих прав человека, касающихся всех детей и подростков в Российской Федерации. Право на «наивысший достижимый уровень здоровья» закреплено в Конвенции ООН о правах ребенка и является моральной и юридической основой для деятельности, направленной на обеспечение здорового роста и развития детей и подростков и справедливого их доступа к медицинской помощи. Создание благоприятных условий для подростков, чтобы они могли расти и развиваться в таких семейных условиях и в такой социальной и физической среде обитания, ко-

торая обеспечивает справедливый доступ к охране здоровья, должно являться важнейшей стратегической задачей для всех субъектов Российской Федерации.

50. Общеизвестно, что здоровье и развитие детей и подростков определяются множеством факторов. Хотя сектор здравоохранения должен играть важнейшую роль в укреплении здоровья, профилактике и оказании помощи, деятельность других секторов, например, образования, социального обеспечения и финансов, а также многих других, оказывает большое влияние на основные детерминанты здоровья. Улучшение и поддержание здоровья подростков является задачей, требующей усилий многих секторов. Сектор здравоохранения и органы управления в сфере здравоохранения, в частности, должны играть ключевую роль в стимулировании деятельности с участием всех секторов.

51. Решения в области общественного здравоохранения должны приниматься с участием широкой общественности. Деятельность, направленная на улучшение состояния здоровья молодых людей, должна, по определению, предусматривать изменение служб и учреждений здравоохранения, а также всей культурной среды в широком смысле. Подростки являются гражданами страны и должны принимать активное участие в планировании и мониторинге любой стратегии, целью которой является улучшение их здоровья. Молодые люди являются экспертами в отношении своих сверстников. Их участие поможет добиться того, чтобы образовательные инициативы и меры, направленные на развитие соответствующих служб, учитывали их потребности и проблемы.

Приоритетные направления действий

52. В документе Европейского регионального комитета ВОЗ «Стратегические направления улучшения здоровья и развития

детей и подростков» приводятся семь приоритетных направлений действий ВОЗ на глобальном уровне в области охраны здоровья детей и подростков. Два из них связаны с конкретными этапами жизненного цикла, а именно: здоровье матери и новорожденного и здоровье подростков. Здоровье матери и новорожденного ребенка оказывает очевидное воздействие на будущее благополучие развивающегося ребенка. Аналогичным образом, здоровье и развитие подростков закладывают основы здоровья на последующих этапах жизни и оказывают влияние на состояние здоровья следующего поколения. Остальные пять приоритетных направлений действий носят взаимосвязанный характер и оказывают влияние на здоровье и развитие человека на всех этапах жизненного цикла. Хотя эти приоритетные направления действий предназначены для руководства деятельностью самой ВОЗ, они отражают существующие, а также вновь возникающие угрозы во всех государствах-членах ВОЗ.

53. Ниже приводятся семь приоритетных направлений действий ВОЗ в условиях Европейского региона.

- **Здоровье матери и новорожденного.** Здоровье и развитие ребенка неразрывно связаны со здоровьем матери, состоянием ее питания и той помощью в отношении репродуктивного здоровья, которую она получает. Дородовая помощь, а также помощь при родах и в течение первой недели жизни играют решающую роль для оптимального развития на всех этапах - от периода младенчества до подросткового возраста и наступления зрелости. Хотя во многих странах Европейского региона матери и новорожденные получают помощь очень высокого качества, в менее благополучных странах Региона предстоит сделать еще многое для улучшения качества медицинской помощи, предоставляемой матерям и новорожденным детям. Это же относится к наиболее уязвимым группам населения в богатых странах.

- **Питание.** Хорошее питание имеет важнейшее значение для здорового развития. Недостаточное питание приводит к нарушениям здоровья, что, в свою очередь, способствует дальнейшему ухудшению состояния питания. Последствия недостаточного питания наблюдаются преимущественно среди детей грудного и младшего возраста в наименее обеспеченных странах, и основным проявлением его является остановка в росте - постоянное отставание в росте по сравнению со сверстниками. Нездоровый рацион питания вызывает все большую озабоченность почти во всех европейских странах. Он может приводить к ожирению детей школьного возраста и увеличивает риск развития сердечно-сосудистых и других системных заболеваний на более поздних этапах жизни. Нарастающая эпидемия ожирения является одним из факторов риска для здоровья, вызывающих все большую озабоченность во многих европейских странах.
- **Инфекционные болезни.** Острые респираторные инфекции, диарея и туберкулез; являются в большинстве случаев предупреждаемыми и излечимыми причинами смертности и заболеваемости в детском возрасте. Тем не менее, они продолжают являться важными факторами смертности в ряде стран Региона. Болезни, предупреждаемые с помощью вакцин, обычно поддаются эффективному контролю, однако охват вакцинацией в отношении некоторых заболеваний, в особенности кори, остается неадекватным во многих странах, включая страны Западной Европы. Во многих государствах-членах ВОЗ возрастает число случаев инфекций, передаваемых половым путем (ИППП). Озабоченность вызывает также возрастающее число случаев и распространенность ВИЧ. В восточной части Региона отмечается самое быстрое развитие эпидемии ВИЧ в мире, что связано преимущественно с инъекционным употреблением

наркотиков. Хотя эта проблема по-прежнему затрагивает в основном молодых мужчин, количество ВИЧ-инфицированных женщин также возрастает, вследствие чего непрерывно увеличивается число случаев передачи инфекции от матери ребенку. Предупреждение случаев заболевания среди детей требует значительно меньших затрат, чем лечение детей с ВИЧ/СПИДом и уход за ними.

- **Травмы и насилие.** Травмы и насилие нередко возникают в результате взаимодействия целого ряда факторов окружающей среды, в особенности среди уязвимых групп населения, и представляют собой серьезную проблему в области охраны здоровья детей и подростков почти во всех странах Региона. Травматизм в детском и подростковом возрасте связан с высоким риском долгосрочных последствий физического характера, а также психосоциальной травмы. Особенно высоко бремя дорожно-транспортного травматизма и бытового насилия, однако слишком мало делается в отношении эффективного предупреждения и реабилитации.
- **Физическая окружающая среда.** Дети нередко особо уязвимы и более предрасположены к негативному воздействию таких факторов, как отсутствие адекватного снабжения чистой водой и неблагоприятные санитарно-гигиенические условия, загрязнение воздуха внутри и вне помещений, а также целого ряда других химических и физических факторов. Государства-члены ВОЗ недавно взяли на себя обязательства по осуществлению действий в этой области путем принятия Европейского плана действий «Окружающая среда и здоровье детей», который в настоящее время должен быть реализован.
- **Здоровье подростков.** Подростковый возраст характеризуется формами поведения, которые носят исследовательский, но при этом иногда рискованный характер. На

этом этапе развития вырабатывается стиль жизни, который может оказывать влияние на состояние здоровья на протяжении всей жизни. В некоторых странах были приняты стратегии, направленные на комплексное решение проблемы охраны здоровья подростков и создание служб здравоохранения, ориентированных на молодежь. Подростки все еще нередко считаются проблемной группой населения. Их следует рассматривать с точки зрения их возможностей способствовать решению проблем и улучшению собственного здоровья. При этом они будут также вносить вклад в здоровье будущих поколений.

- **Психосоциальное развитие и психическое здоровье.** Внимание к проблемам здоровья традиционно фокусируется на проблемах физического здоровья, несмотря на явные признаки того, что число случаев нарушения здоровья психосоциального и психического характера возрастает. Это вызывает все большую озабоченность во всех странах Европы. Психологическое благополучие на протяжении всего жизненного цикла может быть обеспечено путем инвестиций в развитие детей и подростков на раннем этапе, однако в настоящее время в этом направлении делается очень мало — осуществляются лишь несколько новаторских программ, направленных на развитие родительских навыков с целью улучшения психологических возможностей развития молодых поколений. Проблемы психического здоровья в подростковом возрасте нередко связаны с проявлениями агрессии, насилием или нанесением самоповреждений. Самоубийства ежегодно уносят многие тысячи жизней и нередко связаны с депрессией. Среди молодых людей депрессивные состояния часто связаны с низкой успеваемостью, антисоциальным поведением, злоупотреблением алкоголем или наркотиками, а также серьезными нарушениями питания. Частота таких случаев возрастает.

Основные проблемы и меры воздействия, проводимые в отношении подростков

54. При использовании подхода с точки зрения полного жизненного цикла основное внимание уделяется оптимальному физическому и психологическому развитию с момента зачатия до достижения зрелости. Помощь, предоставляемая детям в ранние годы жизни, оказывает положительное влияние на состояние здоровья на протяжении всей жизни, а также обеспечивает получение непосредственных и очевидных результатов. Ребенок должен иметь возможность расти и развиваться в течение первых двух десятилетий своей жизни с тем, чтобы он мог стать здоровым, социально ответственным и продуктивным молодым членом общества. Данные научных исследований указывают на сильную корреляцию между качеством жизни на ранних этапах развития, включая перинатальный период, и состоянием здоровья на более поздних этапах зрелой жизни.

55. Оценка состояния здоровья детей и подростков проводится в России на основе результатов массовых профилактических осмотров организованных детских коллективов в дошкольных и общеобразовательных учреждениях общего и коррекционного типа, интернатных учреждениях, в учебных заведениях профессионального образования. Массовыми профилактическими осмотрами в декретированные сроки должны быть охвачены дети в возрасте от 3-х до 18 лет.

56. Нормативными документами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации обеспечение профилактических осмотров возложено на отделение организации медицинской помощи детям в образовательных учреждениях детских амбулаторно-поликлинических учреждений.

57. Организация и проведение профилактических медицинских осмотров основывается на приказах Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, в которых регламентированы:

1. Периодичность профилактических осмотров детей и подростков (так называемые декретированные сроки):

в возрасте 1 месяц, 1 год, перед поступлением в дошкольное учреждение, за год до поступления в школу, перед поступлением в школу, конец первого года обучения в школе, 10 лет, 12 лет, 14-15 лет, 16 лет и 17 лет.

К профилактическим осмотрам привлекаются педагог и психолог.

2. Этапы профилактического медицинского осмотра детей и подростков:

— Доврачебный. Проводится ежегодно в образовательном учреждении на основе базовой программы скрининг-тестов.

Врачебный. Проводится осмотр педиатром (ежегодно) и врачами - специалистами (с вышеуказанной периодичностью): хирургом, ортопедом, детским неврологом, офтальмологом, отоларингологом, стоматологом, логопедом (детей дошкольного возраста), эндокринологом (с 10 лет), детским гинекологом или урологом/андрологом (подростков с 12 лет). Осмотры проводятся в образовательном учреждении и/или в лечебно-профилактическом учреждении, закреплённых за образовательным учреждением. На врачебном этапе обследования в обязательном порядке проводятся анализы крови, мочи, кала, электрокардиографическое исследование и флюорография подростков в возрасте 15 и 17 лет.

Специализированный. По показаниям проводится углубленное обследование врачами-специалистами, в т.ч. кардиологом (ревматологом), гастроэнтерологом, нефрологом, аллергологом, пульмонологом, психиатром,

дерматологом и др. Осмотры проводятся в лечебно-профилактических учреждениях по месту жительства детей (подростков), в консультативно-диагностических центрах, в специализированных лечебно-профилактических учреждениях (диспансерах).

3. Объем и методики обязательного обследования каждого ребенка и дополнительного обследования в зависимости от показаний.

4. Форма заключения о состоянии здоровья ребенка, включающая заключительный диагноз (основной и сопутствующие заболевания); оценку физического, психического и полового развития; группу здоровья; медицинскую группу для занятий физкультурой; допуск к трудовому обучению; ограничения по состоянию здоровья в дальнейшей профессиональной деятельности (для подростков); ограничения по состоянию здоровья годности к военной службе (для подростков); а также рекомендации по режиму дня, питанию, физическому воспитанию, психолого-педагогическим мероприятиям, иммунопрофилактике, направлению на диспансерное наблюдение к врачам-специалистам, дополнительному обследованию и восстановительному лечению.

5. Регистрация результатов профилактических осмотров. Индивидуальные данные о результатах профилактического осмотра ребенка заносятся в поликлиническую историю развития ребенка (форма 112/у), медицинскую карту ребенка для образовательных учреждений (форма 26/у-2000), медицинскую карту ребенка, воспитывающегося в доме ребенка (форма 112-1/у-2000)

6. Общие сведения о результатах профилактических осмотров детей соответствующего возраста, которые ежегодно вносятся в отчетную форму Федерального Государственного статистического наблюдения (форма № 31) «Сведения о медицинской помощи детям и подросткам-школьникам». В отчетной форме № 31 указывается абсолютное количество детей, у которых при

профилактических осмотрах выявлены понижение остроты слуха, понижение остроты зрения, дефект речи, сколиоз и нарушение осанки. Сравнительный анализ ежегодных результатов осмотров позволяет определить (при пересчете в относительные показатели) динамику распространенности указанных заболеваний среди детей и подростков.

58. Базовая скрининг-программа, ежегодное проведение которой обязательно для всех образовательных учреждений для детей и подростков, включает:

1. Анкетный тест-опрос родителей детей в возрасте до 12 лет и самих учащихся в возрасте 12 лет и старше. Опрос проводится по формализованной анкете и направлен на выявление анамнестических данных и жалоб ребенка, характерных для нарушений со стороны нервной, сердечно-сосудистой, пищеварительной, мочевыделительной, костно-мышечной систем, а также типичных заболеваний рото-носоглотки и аллергических реакций и заболеваний
2. Индивидуальную оценку физического развития детей и подростков, позволяющую выделить основные отклонения в развитии — дефицит и избыток массы тела, низкий и очень высокий рост, сниженные физиометрические показатели (жизненная емкость легких и динамометрия).
3. Измерение артериального давления для выявления гипертонических и гипотонических состояний.
4. Выявление нарушений опорно-двигательного аппарата с помощью визуального исследования и плантографии.
5. Исследование остроты зрения.
6. Выявление предмиопии (склонности к близорукости).
7. Выявление нарушений бинокулярного зрения.
8. Выявление скрытого косоглазия.
9. Выявление нарушений слуха с помощью шепотной речи.
10. Выявление протеинурии и глюкозурии с помощью лабо-

раторных скрининг-тестов (в периоды между осмотрами в декретированные сроки).

11. Оценка уровня физической подготовленности по специально утвержденной методике и нормативам.

59. На основании результатов профилактического осмотра каждому ребенку и подростку дается комплексная оценка состояния его здоровья, позволяющая отнести к соответствующей группе здоровья. Отнесение ребенка (подростка) к той или иной группе здоровья осуществляется в соответствии со специальной схемой, утвержденной Приказом Министра здравоохранения Российской Федерации № 621 от 30.12.2003.

60. Отчет о проведении профилактических осмотров должен включать распределение обучающихся и воспитанников на группы здоровья. Увеличение наполняемости первой группы здоровья, куда входят абсолютно здоровые дети и подростки, свидетельствует о благоприятных тенденциях в состоянии здоровья детей (подростков) данного коллектива, уменьшение наполняемости — о неблагоприятных тенденциях.

61. Результаты исследований НЦЗД РАМН свидетельствуют, что с целью своевременного выявления начальных стадий нарушений здоровья и развития подростков необходимо расширение программы профилактических медицинских осмотров юношей и девушек 15, 16 и 17 лет за счёт введения дополнительных осмотров врачами-специалистами, проведения лабораторного и инструментального обследования (табл. 1).

62. Программа профилактических медицинских осмотров предполагает внесение дополнений в список обязательных осмотров: осмотры кардиолога, аллерголога - иммунолога, гастроэнтеролога, дерматолога. Наличие в поликлиниках, осуществляющих профилактические медицинские осмотры,

Таблица 1

**Объём обследований детей старшего подросткового возраста
в рамках профилактических медицинских осмотров**

Врачи-специалисты	В рамках Программы Государственных гарантий оказания гражданам России бесплатной медицинской помощи предусмотрено:	Предлагаемое дополнительное обследование
	Педиатр	Кардиолог
	Невролог	Аллерголог-иммунолог
	Детский хирург	Гастроэнтеролог
	Травматолог-ортопед	Дерматолог
	Отоларинголог	
	Офтальмолог	
	Детский эндокринолог	
	Акушер-гинеколог	
	Детский уролог-андролог	
	Стоматолог	
	Психолог (педагог)	
Лабораторное и инструментальное обследование (включая скрининг-тест)	Скрининг-тестирование	Ультразвуковое исследование:
	Электрокардиография	- щитовидной железы;
	Флюорография	- сердца;
	Клинический анализ крови	- органов гепатопанкреобилиарной системы;
	Общий анализ мочи	- органов репродуктивной Системы
	Анализ кала	Электроэнцефалография
		Исследование функции внешнего дыхания
		Определение рефракции
		Биохимический анализ крови

врачей кардиолога, аллерголога-иммунолога, гастроэнтеролога предусмотрено приказом Минздравсоцразвития России от 28 апреля 2006 г. № 320 «О внесении изменения в приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 16 октября 2001 г. № 371». Врач-дерматолог привлекается к проведению осмотра из числа работающих в территориальном специализированном учреждении на договорной основе.

63. В рамках инструментального и лабораторного обследования целесообразно введение ультразвукового исследования (щитовидной железы сердца; органов гепатопанкреобилиарной системы; органов репродуктивной системы), электроэнцефалографии, исследования функции внешнего дыхания, определения рефракции, биохимического анализа крови (по 10 стандартным параметрам).

Подростковый возраст: здоровый подросток, готовый вступить в зрелый возраст

64. Подростковый возраст, в особенности период достижения половой зрелости, характеризуется быстрыми изменениями в развитии. Хотя семья продолжает иметь важное значение для молодых людей, они постепенно проявляют все большую самостоятельность, утверждая себя как личность. Во время этого перехода от детства к взрослому возрасту подростки экспериментируют, принимая на себя взрослые роли, взаимоотношения и обязанности. Это экспериментирование включает использование впервые некоторых форм поведения и может быть связано с повышенным риском и принятием такого риска. В то же время уязвимость подростков к неблагоприятным последствиям для здоровья определяется той средой, в которой они росли, их семьей, школой и местным сообществом. На этом этапе жизни, хотя родители продолжают играть важную роль, большое влияние на подростков оказывают их

сверстники, такие инициативы, как школы, способствующие укреплению здоровья, и нормы общественного поведения, пропагандируемые, например, средствами массовой информации.

65. Современные российские подростки все более осознают необходимость сохранения и укрепления здоровья, а также высоко оценивают роль других факторов в формировании высокого качества своей жизни. ВОЗ определяет качество жизни как «восприятие индивидами их положения в жизни в контексте культуры и системы ценностей в которых они живут, в соответствии с их собственными целями, ожиданиями, стандартами и заботами» (Основные документы ВОЗ, 34 издание, Женева, 1984 г.).

66. При самооценке качества жизни подростками состояние здоровья является приоритетным фактором, определяющим удовлетворенность уровнем своей жизни. Большинство подростков охарактеризовали качество своей жизни как высокое (приложение 1). Удельный вес таких ответов занимает от 34,5% до 55,2%. Однако в группах воронежских школьников 13-14 лет и студентов колледжа значительная часть подростков оценили качество жизни как удовлетворительное (удельные веса: 36,2% и 44,9%, соответственно). Более довольны своей жизнью по сравнению с остальными участниками опроса сельские подростки младшей возрастной группы, кадеты обеих возрастных групп и студенты педагогического университета. Данные опроса показали, что почти 20% городских школьников г. Воронежа 13-14 летнего возраста и практически 27% сельских подростков старшей возрастной группы оценивают качество своей жизни как низкое и очень низкое. В остальных группах низко оценили качество жизни незначительная часть юношей и девушек.

67. Во всех опрошенных группах ответы, свидетельствующие о том, что здоровье определяет высокое качество жизни, занимают наибольшую долю (приложение 2). Так в группе студентов педагогического университета более 75% юношей и девушек отнесли здоровье к приоритетным факторам формирования высокого качества жизни. В структуре ответов школьников, проживающих в г. Воронеже и в селах Воронежской области, данный ответ имеет наиболее высокий удельный вес - 34,5% и 38,7%, соответственно. В ответах московских кадетов здоровье также находится на I ранговом месте, хотя удельный вес этого ответа меньше (22,1%). Различия между студентами, школьниками и кадетами статистически достоверны.

68. Хорошее финансовое положение семьи, успешность обучения и хорошие взаимоотношения с родителями (хорошие взаимоотношения в семье) занимают ведущие ранговые места (со II по IV, включительно) во всех группах респондентов. Другие рассматриваемые факторы, влияющие на оценку качества жизни, – хорошие взаимоотношения с друзьями, благоприятные условия проживания, хорошие условия и качество питания, успешные занятия спортом и хорошие взаимоотношению с любимой девушкой (парнем), занимали от V до IX рангового места и имели существенно различающиеся удельные веса в структуре ответов подростков и студентов разных групп.

69. Корреляционный анализ зависимостей между самооценкой качества жизни и самооценками его приоритетных составляющих показал средней силы связи между «качеством жизни» и «хорошим состоянием здоровья», а также между «качеством жизни» и «финансовым благополучием» во всех трех группах (приложение 3). Кроме того, корреляционные связи средней силы выявлены между «качеством жизни» и «хорошими условиями проживания» в группах городских и сельских подростков.

70. Общими приоритетными факторами, влияющими на самооценку качества жизни, являются: состояние здоровья, финансовое благополучие, успешность обучения и взаимоотношения с родителями (приложение 4).

71. К частным факторам, влияющим на самооценку качества жизни и имеющим разную (переменную) значимость в группах подростков и молодежи в зависимости от возраста, места проживания и учебы респондентов, можно отнести «хорошие взаимоотношения с друзьями», «хорошие условия проживания», «хорошее питание» и «хорошие взаимоотношения с любимой девушкой (парнем)».

72. Особенности восприятия российских подростков и молодежи необходимо учитывать при разработке медико-психолого-педагогических и социально-экономических программ, направленных на улучшение качества жизни³.

73. Одним из путей сохранения и укрепления здоровья школьников за счет внедрения медико-психолого-педагогических программ и технологий является развитие Российской сети школ, содействующих укреплению здоровья. Школа, содействующая сохранению и укреплению здоровья учащихся:

- создает условия сохранения и укрепления здоровья детей и подростков;
- стремится повысить академическую успеваемость учащихся;

³ Опрошены 246 подростков 13-14 лет, обоего пола, проживающих в городе Воронеже, 266 подростков этого же возраста, проживающих в селах Воронежской области, 96 мальчиков 13-14 лет – кадетов московской кадетской школы, а также 696 старших подростков 15-17 лет, проживающих в городе Воронеже, 568 старших подростков, проживающих в селах Воронежской области, 144 юношей 13-14 лет – кадетов старших классов московской кадетской школы. Кроме того, в опросе участвовали 98 юношей и девушек в возрасте 16-18 лет – студенты Воронежского колледжа строительных технологий и 117 юношей и девушек в возрасте 17-22 года – студенты Воронежского государственного педагогического университета.

- придерживается концепции социальной справедливости и социального равенства;
- создает безопасную и предрасполагающую к обучению школьную обстановку;
- вовлекает школьников в активную деятельность по укреплению здоровья, делая их полноправными партнерами в деле реализации программ школьного здравоохранения;
- рассматривает проблемы здоровья и образования как взаимосвязанные, обеспечивая целостный подход к их решению;
- заботится о здоровье и благополучии всех сотрудников школы;
- налаживает активное сотрудничество с родителями и местным сообществом;
- делает мероприятия по укреплению здоровья неотъемлемым компонентом школьной жизни, добавляет элементы санитарного просвещения в школьную программу и включает показатели состояния здоровья в перечень показателей эффективности своей работы;
- ставит достижимые цели, исходя из точной оценки потребностей и достоверных научных данных;
- непрерывно повышает качество своей работы с помощью текущего контроля и оценки результатов.

74. В настоящее время в России насчитывается свыше пяти тысяч школ, содействующих укреплению здоровья (ШСУЗ). Для дальнейшего развития Российской сети школ, содействующих укреплению здоровья (РС ШСУЗ) в настоящее время создается:

- Национальный центр поддержки развития Российской сети школ, содействующих укреплению здоровья обучающихся и воспитанников;
- веб-сайт РС ШСУЗ;

- система взаимодействия РС ШСУЗ с Российским обществом школьной и университетской медицины и здоровья (РОШУМЗ), с профессиональными ассоциациями учителей и психологов;
- система взаимодействия РС ШСУЗ с Европейской сетью школ, содействующих укреплению здоровья (SHE).

Планируется регулярно проводить Фестивали (конкурсы) ШСУЗ.

75. Реализация мероприятий по развитию РС ШСУЗ позволит школам, содействующим укреплению здоровья, стать ведущим звеном в деле укрепления здоровья обучающихся, формирования здорового образа жизни детей, подростков и молодежи.

76. По мнению подростков и студентов влияние родителей на формирование здоровья и образ жизни подростков зависит от возраста ребенка. Как для детей и младших подростков 10-14 лет, так и для студентов старше 18 лет, взаимоотношения с родителями занимают одно из первых ранговых мест в формировании образа жизни и повышении качества жизни. Авторитет родителей, моральная и материальная поддержка учащихся играют существенную роль в сохранении и укреплении соматического и психического здоровья подрастающего поколения.

77. Установлена недостаточность знаний родителей в области анатомо - физиологических и психологических особенностей детей подросткового возраста, сексуальной активности современных подростков, высокой вероятности приобщения их к рискованным формам поведения. Родители, в силу нехватки знаний, уделяют недостаточное внимание своим детям в вопросах профессионального самоопределения, адекватного состоянию здоровья школьника, а также не способствуют приобретению детьми необходимых навыков здорового образа жизни, избегают решения других медико - социальных и пси-

хологических проблем подросткового периода. Необходимо гигиеническое обучение родителей по вопросам охраны и укрепления соматического, психического, репродуктивного здоровья их детей путем проведения родительского лектория – систематических лекций, бесед и тренингов в образовательных учреждениях, освещения указанных вопросов в средствах массовой информации.

78. Значительное место в формировании высокого качества жизни современных подростков занимают взаимоотношения с друзьями. Взаимное влияние подростков в формировании образа жизни особенно значительно в подростковый и юношеский периоды онтогенеза, и может быть направлено как на формирование здорового поведения, так и на формирование вредных привычек и пристрастий, вплоть до саморазрушения.

79. Обучение подростков и молодежи сверстниками должно быть основано, в том числе и на подходе, при котором специально заранее подготовленные и заинтересованные молодые люди – волонтеры активно пытаются найти общий язык со своими сверстниками, живущими в схожих условиях, и помогают пропагандировать в своей среде необходимые знания, убеждения и навыки в области здорового образа жизни, чаще всего в области личной гигиены, репродуктивного и сексуального здоровья. Важнее всего для подростков та информация, которую он получает от своих сверстников. Подростка лучше всего поймёт подросток, так как общность интересов для данного возраста, схожий язык, одинаковый статус создают все предпосылки для удачного общения, доверия и понимания. Принцип «равный – равному» предполагает, что у обучающего и обучаемых общие интересы. Именно поэтому равное обучение тесно соприкасается с обучением интерактивным, проводимым в игровой форме, что и нашло свое место в волонтерском движении и общественных организациях, где пропагандируются те же самые ценности.

80. Волонтер – это человек, который в свободное время работает на благо общества, выполняет социально значимую работу. По данным Всероссийского центра изучения общественного мнения готовность принять участие в социально полезной деятельности на добровольной основе выражают около 40% россиян, но реально в ней участвуют 2-4% людей, что объясняется неразвитостью в стране соответствующих организаций, которые поощряли бы и поддерживали такую деятельность.

81. Пропаганда здорового образа жизни, сознательного отношения подростков к своему здоровью и здоровью окружающих должна находить постоянное отражение в средствах массовой информации - радио, телевидение, газеты, журналы, афиши и плакаты, почтовые открытки, лекции, подростковые и молодежные конференции, форумы, встречи, книги, фильмы, видео-ролики. Необходимо, чтобы в теле- и радиопередачах и публикациях участвовали сами молодые люди, смело высказывающие свое мнение. Цель такой пропаганды - увеличение информированности юношей и девушек о последствиях употребления алкоголя, табака, наркотиков, нездорового питания, о преимуществах здорового образа жизни и соответствующей возрасту двигательной активности.

82. Необходимо создание и информирование о специальных сайтах для подростков (приложение 5), на которых они могли найти бы ответы на волнующие их вопросы, задав их специалистам соответствующего профиля: психологам, гинекологам, урологам-андрологам, сексопатологам, диетологам, косметологам и др. Этим же целям должны служить «телефоны доверия» и кризисные центр (центры поддержки), в которых нуждающийся может получить квалифицированную психологическую помощь и поддержку. Исследования показывают, что знания лучше усваиваются, если они не вызывают сильного страха и воспринимаются в ситуациях доверительной коммуникации.

83. Основными проблемами для здоровья в подростковом возрасте являются травмы, сексуальное и репродуктивное здоровье, нездоровые формы поведения, связанные с использованием психоактивных веществ, рационом питания и физической активностью, а также психическое здоровье. Травмы, в особенности связанные с дорожным движением, являются ведущей причиной смерти среди подростков в странах Европейского региона, при этом показатели смертности среди мальчиков в этой возрастной группе почти в два раза выше, чем у девочек. Данная проблема должна решаться путем проведения комплексной политики, охватывающей различные сектора.

84. В настоящее время в Российской Федерации в дошкольных учреждениях и школах проводится работа по профилактике дорожного травматизма среди учащихся. Дети и подростки обучаются правилам дорожного движения и мерам профилактики травматизма при езде на велосипедах и скутерах (ношение шлемов, налокотников, наколенников, одежды со светоотражающими полосами), также мерам профилактики травматизма при занятиях спортом, катании на роликовых коньках и скейтбордах. Вместе с тем необходимо усиление этого направления профилактической работы.

85. Потребление табака подростками, к счастью, снижается во многих странах Западной Европы, хотя продолжает оставаться на намного более высоком уровне в странах Восточной Европы, при этом показатели частоты курения особенно возрастают среди девочек. Поскольку лишь немногие люди начинают курить после подросткового возраста, этот период дает наибольшие возможности для предупреждения этой привычки. Становится все более очевидным, что успех зависит от использования всего арсенала политических средств, имеющихся в нашем распоряжении, включая борьбу с курением в обще-

ственных местах, просвещение с учетом половой принадлежности и программы выработки навыков, кампании средств массовой информации и контроль за рекламой, а также программы отказа от курения.

86. В России наблюдается высокая распространенность регулярного курения, которая среди мальчиков 13-15 лет в среднем по регионам России составляет 25,4%, среди девочек – 20,9%. К основными причинами, приводящими к началу детского и подросткового курения, в настоящее время принято относить:

- наличие компании курящих сверстников;
- курение родителей, братьев и сестер, лучшего друга/подруги;
- низкий социально-экономический статус;
- низкая академическая успеваемость;
- отсутствие навыков противостояния давлению окружающих;
- попытка закуривания (экспериментирование);
- неблагоприятный статус в группе сверстников;
- заниженная или неадекватная самооценка;
- повышенный уровень тревожности;
- стремление казаться взрослым;
- знакомство с рекламой табачных изделий;
- приемлемость и доступность курения.

87. В течение ряда лет в России постепенно уменьшается давление рекламодателей табачных изделий на население, в т.ч. и на подростков и молодежь; запрещена реклама табака в средствах массовой информации. Вместе с тем, необходимо добиваться уменьшения количества магазинов, продающих сигареты, и табачных киосков. Они должны располагаться на таком расстоянии от общеобразовательных учреждений и учреждений профессионального образования, чтобы подростки не могли приобрести табачные изделия на переменах и в пере-

рывах между лекциями. Кроме того, необходима соответствующая ценовая политика в отношении табачных изделий с тем, чтобы затруднить их доступность для юношей и девушек.

88. Систематическая просветительская работа с подростками по предупреждению табакокурения должна осуществляться на популяционном, групповом и индивидуальном уровнях, носить разные формы и быть ориентирована не только на самих подростков, но и на их семьи. Актуальными задачами являются: ограждение подростка от пассивного курения, в первую очередь в семье; забота о том, чтобы он не начал курить; если приобрел эту вредную привычку – помочь ему в отказе от нее. Необходимо усиление работы психологов с подростками, желающими отказаться от курения. С целью снижения распространенности табакокурения и оказания медико-психологической помощи курящим, в т.ч. детям и подросткам, с 2009 г. в России создаются Центры здоровья.

89. Чрезмерное употребление алкоголя подростками связано с дорожно-транспортными происшествиями, практикой сексуальных отношений без защитных мер и целым рядом факторов риска для здоровья на последующих этапах жизни. Имеющиеся данные указывают на то, что для осуществления реальных перемен необходим целый комплекс инициатив. К их числу могут относиться ограничения на приобретение или потребление спиртных напитков по возрасту, ограничения в отношении рекламы, а также борьба с употреблением спиртных напитков в общественных местах вместе с информационно - пропагандистской и просветительной деятельностью средств массовой информации.

90. В Российской Федерации еженедельно употребляют алкоголь до 17,7 % юношей и 4,2 % девушек, что может свидетельствовать о формировании в дальнейшем физиологической

зависимости у значительного числа подростков. Приказом Министерства здравоохранения России от 30.12.2003 № 623 утверждено «Положение об организации деятельности наркологического кабинета по обслуживанию детского населения», в т.ч. подростков, страдающих алкоголизмом или регулярно употребляющих алкоголь. В наркологическом кабинете обслуживание детей и подростков осуществляют врач психиатр-нарколог, врач-психотерапевт, медицинский психолог и специалист по социальной работе, прошедшие подготовку в области детской наркологии и психиатрии. Их совместные усилия должны быть направлены, в частности, на оказание медико - социальной помощи по месту учебы или работы подростка, а также семье несовершеннолетних, находящихся под наблюдением наркологического кабинета, реализацию мероприятий по социальной, психологической и трудовой реабилитации подростков. Исключается принудительный характер медицинского воздействия. Психиатрическая помощь, включая наркологическую, несовершеннолетним до 15 лет оказывается по просьбе или с согласия законных представителей ребенка.

91. Сотрудничество работников здравоохранения и учреждений образования, социального обеспечения осуществляется в рамках деятельности создаваемых Центров здоровья, а также созданных ранее психолого-медико-педагогических комиссий (консилиумов), целого ряда межведомственных координационных центров, комиссий и советов. Профилактика вредных привычек у детей подросткового возраста предусматривает доступное и свободное консультирование, в том числе, анонимное, наркологические «телефоны доверия», пункты социально-психологической помощи, кабинеты нарколога-психологического консультирования, кабинеты психотерапевтической помощи. Однако этот вид медико-социальной и психологической помощи требует дальнейшего

развития, методического и кадрового обеспечения и достаточного финансирования.

92. Во исполнение постановления Правительства Российской Федерации от 18 мая 2009 г. № 413 «О финансовом обеспечении в 2009 году за счет ассигнований федерального бюджета мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака» в России создаются Центры здоровья. Центры здоровья организуются на функциональной основе в государственных учреждениях здравоохранения субъектов Российской Федерации и учреждениях здравоохранения муниципальных образований, преимущественно на базе центров (кабинетов) медицинской профилактики или, при их отсутствии, в иных учреждениях здравоохранения, имеющих опыт работы в области первичной профилактики заболеваний. Основной целью деятельности Центров здоровья является сохранение индивидуального здоровья граждан и формирования у них здорового образа жизни.

93. К основным задачам Центров здоровья относятся:

- информирование населения о вредных и опасных для здоровья человека факторах;
- пропаганда здорового образа жизни и формирование у граждан ответственного отношения к своему здоровью и здоровью своих близких;
- обучение граждан гигиеническим навыкам и мотивирование их к отказу от вредных привычек, включающих помощь по отказу от потребления алкоголя и табака;
- внедрение современных медико-профилактических технологий в деятельность государственных и муниципальных учреждений здравоохранения;
- обучение медицинских специалистов и граждан эффективным методам профилактики заболеваний;

- динамическое наблюдение за группами риска развития неинфекционных заболеваний;
- оценка функциональных и адаптивных резервов организма;
- прогноз состояния здоровья, консультирование по сохранению и укреплению здоровья, включая рекомендации по коррекции питания, двигательной активности, занятиям физкультурой и спортом, режиму сна, условиям быта, труда (учебы) и отдыха;
- разработка индивидуальных рекомендаций сохранения здоровья;
- организация мониторинга показателей в области профилактики неинфекционных заболеваний и формирования здорового образа жизни.

94. В работе Центров детям и подросткам должно уделяться особое внимание в вопросах профилактики потребления психоактивных веществ и формированию навыков здорового образа жизни.

95. Приказом Минздравсоцразвития России № 597 от 19 августа 2009 г. утверждены «Требования к организации деятельности центров здоровья для детей по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака». Центры здоровья для детей создаются на функциональной основе на базе амбулаторно-поликлинических отделений в учреждениях здравоохранения субъектов Российской Федерации и в учреждениях здравоохранения муниципальных образований педиатрического профиля.

96. Деятельность Центров здоровья для детей должна быть направлена на реализацию мероприятий по формированию здорового образа жизни у детей и подростков Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака.

97. Формирование здорового образа жизни у детей и подростков - это комплекс мероприятий, направленных на сохранение здоровья, пропаганду здорового образа жизни, мотивирование к личной ответственности за свое здоровье, разработку индивидуальных подходов по формированию здорового образа, борьбу с факторами риска развития заболеваний, просвещение и информирование детского населения о вреде употребления табака и злоупотребления алкоголем, предотвращение социально-значимых заболеваний среди детского населения.

98. Функциями Центров здоровья для детей являются:

- информирование родителей и детей о вредных и опасных для здоровья факторах и привычках;
- работа по формированию у населения принципов «ответственного родительства»;
- обучение родителей и детей гигиеническим навыкам и мотивирование их к отказу от вредных привычек, включающих помощь по отказу от потребления алкоголя и табака;
- внедрение современных медико-профилактических технологий в деятельность учреждений здравоохранения субъектов Российской Федерации и учреждений здравоохранения муниципальных образований педиатрического профиля в зоне ответственности Центра;
- обучение медицинских специалистов, родителей и детей эффективным методам профилактики заболеваний с учетом возрастных особенностей детского возраста;
- динамическое наблюдение за детьми группы риска развития неинфекционных заболеваний;
- оценка функциональных и адаптивных резервов организма с учетом возрастных особенностей, прогноз состояния здоровья ребенка в будущем;
- консультирование по сохранению и укреплению здоровья детей, включая рекомендации по коррекции пита-

- ния, двигательной активности, занятиям физкультурой и спортом, режиму сна, условиям быта, труда (учебы) и отдыха с учетом возрастных особенностей;
- разработка индивидуальных рекомендаций сохранения здоровья, в том числе с учетом физиологических особенностей детского возраста;
 - осуществление мониторинга реализации мероприятий по формированию здорового образа жизни среди детского населения региона, анализ факторов риска развития заболеваний у детей.

99. Центр здоровья для детей осуществляет взаимодействие, по вопросам реализации мероприятий, с кабинетами здорового ребенка лечебно-профилактических учреждений по месту жительства и отделениями организации медицинской помощи детям в образовательных учреждениях.

100. Центр здоровья для детей оказывает медицинские услуги детям: впервые обратившимся в отчетном году, для проведения комплексного обследования, у которых решение о посещении Центра здоровья принято родителями (или другим законным представителем) самостоятельно, самостоятельно обратившимся (подростки), направленным медицинскими работниками образовательных учреждений, детям I группы здоровья «практически здоровые» и II группы здоровья, направленным лечебно - профилактическими учреждениями (ЛПУ), детям, находящимся под наблюдением в Центре здоровья для детей.

101. Центр здоровья для детей в плановом порядке организует выездные акции, направленные на пропаганду здорового образа жизни для детей, проживающих в зоне ответственности центра.

102. В Центре здоровья для детей проводят комплексное обслед-

дование, включающее: измерение роста и веса, тестирование на аппаратно-программном комплексе для скрининг-оценки уровня психофизиологического и соматического здоровья, функциональных и адаптивных резервов организма, определение глюкозы в крови, комплексную, детальную оценку функций дыхательной системы, оценку состояния гигиены полости рта. После проведения комплексного обследования ребёнок осматривается врачом-педиатром Центра здоровья для детей.

103. Центр здоровья для детей осуществляет: обучение и создание мотивации по вопросам грудного вскармливания и ухода за детьми раннего возраста, проведения профилактических прививок, обучение гигиеническим навыкам, выявлению факторов риска по развитию заболеваний, в том числе социально значимых, с последующим осуществлением профилактических мероприятий по предупреждению и снижению заболеваемости, профилактике инвалидности; контроль за организацией рационального питания детей всех возрастных групп, в том числе детей, воспитывающихся и обучающихся в образовательных учреждениях, проводится работа по мотивированию детей и их родителей к отказу от вредных привычек, включающих помощь по отказу от потребления алкоголя и табака, работа по повышению квалификации в области здорового образа жизни врачей первичного звена здравоохранения.

104. Врач-педиатр, работающий в Центре здоровья для детей, на основании результатов тестирования на аппаратно-программном комплексе и обследования на установленном оборудовании, проводит ребенку оценку функциональных и адаптивных резервов организма, определяет наиболее вероятные факторы риска, с учетом возрастных особенностей, и составляет индивидуальную программу по здоровому образу жизни детей и подростков.

105. При необходимости врач-педиатр рекомендует ребенку

(родителям ребенка или другим законным представителям), динамическое наблюдение в Центре здоровья для детей с проведением повторных исследований в соответствии с выявленными факторами риска или наблюдение в кабинетах здорового ребенка ЛПУ, посещение занятий в соответствующих школах здоровья, лечебно-физкультурных кабинетах и врачебно-физкультурных диспансерах по программам, разработанным в Центре здоровья для детей. В случае, если в процессе обследования в Центре здоровья выявляется подозрение на какое-либо заболевание, врач-педиатр Центра здоровья для детей направляет ребенка в ЛПУ к соответствующему врачу-специалисту для определения дальнейшей тактики его наблюдения и лечения. Сведения о детях, у которых выявлено подозрение на заболевание и которым необходимо дальнейшее обследование передаются врачу - педиатру участковому по месту жительства ребёнка (по месту прикрепления) соответственно.

106. Таким образом, предполагается создание многоуровневой системы профилактики неинфекционных заболеваний и формирования здорового образа жизни детского населения.

107. С целью профилактики социально и психологически детерминированных нарушений здоровья и развития, повышения уровня социальной адаптации и интеграции детей, в том числе подросткового возраста, в детских поликлиниках создаются отделения (кабинеты) медико-социальной помощи. Работа отделения строится на основе взаимосвязи и преемственности со всеми подразделениями детской поликлиники, другими лечебно-профилактическими учреждениями, межведомственного взаимодействия с учреждениями образования, социальной защиты населения, службой опеки и попечительства, службой занятости населения, с правоохранительными органами, а также местными администрациями и общественными организациями. В штате отделения

предусмотрены наряду с должностями врачей-педиатров и средних медицинских работников должности клинических психологов, социальных работников, юристов.

108. Основными задачами деятельности отделения медико-социальной помощи детской поликлиники являются:

- медико-социальный патронаж неблагополучных в социальном отношении семей;
- медико-психологическая помощь, социальная и правовая поддержка детей-инвалидов;
- медико-психологическая помощь детям и подросткам с пограничными психическими расстройствами и психосоматической патологией;
- медико-социальная коррекция и профилактика девиантных и асоциальных форм поведения (алкоголизм, наркомания, токсикомания, табакокурение, уход в бродяжничество, вовлечение в преступную деятельность и др.);
- оказание индивидуальной социально-правовой помощи несовершеннолетним, в том числе защита от жесткого обращения и насилия в семье;
- осуществление мероприятий по гигиеническому воспитанию и формированию устойчивых стереотипов здорового образа жизни; реализация медико-психологических образовательных программ по подготовке подростков к созданию семьи, рождению здорового потомства.

109. Отделения (кабинеты) медико-социальной помощи могут активно участвовать в мониторинге факторов риска формирования расстройств здоровья детей и подростков.

110. Хотя между отдельными европейскими странами наблюдаются различия, большинство молодых людей начинают вести активную половую жизнь в возрасте до 19 лет. Половая активность сопровождается риском заражения инфекциями,

передающимися половым путем (ИППП), включая вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) и гепатит В, а также беременности. Предупреждение беременности у подростков является серьезной стратегической проблемой в большинстве стран Европы. Нежелательная беременность может приводить к серьезным последствиям для здоровья у молодых женщин и их детей, включая риски, связанные с небезопасными абортами.

111. Внедрение в общественное сознание права подростков и молодежи на репродуктивное и сексуальное здоровье должно одновременно сопровождаться активным формированием у молодежи чувства ответственности за создание счастливой семьи, рождение здорового потомства, предупреждение нежелательной беременности. Подростки и молодежь должны обладать знаниями и навыками предотвращения заражения себя и своих близких ВИЧ-инфекцией, ИППП, гепатитом В. Для проведения этой работы в России создаются клиники, дружественные к молодежи; выпускаются соответствующие книги, брошюры, буклеты, а для специалистов – периодические научные издания; проводятся научно-практические конференции и семинары.

112. У подростков есть особые медико-социальные потребности и специфические проблемы. По определению ВОЗ, подросток – это человек, который «уже не ребенок, но еще не взрослый». Именно поэтому для подростков требуются услуги, которые по форме отличаются от услуг, оказываемых взрослым и детям. Накопленный в России опыт уже позволяет утверждать, что наиболее эффективно они могут быть реализованы в учреждениях, соответствующих требованиям, предъявляемым к клиникам, дружественным к молодежи (КДМ).

113. Клиника, дружественная к молодежи (КДМ), – это учреждение, в котором подростки могут получить медицинскую, психологическую, социальную помощь по вопросам сохране-

ния здоровья, обусловленным спецификой подросткового возраста, и профилактики социально опасных заболеваний. КДМ отличается от других лечебно - профилактических учреждений, прежде всего, принципами работы: доступностью, доброжелательностью, конфиденциальностью; уважительным, корректным, непредвзятым отношением к клиентам; комплексностью предоставляемых услуг; участием самих подростков в работе клиники; наличием специально подготовленного для работы с подростками персонала.

114. Мировой опыт демонстрирует: подросткам необходимо оказание комплекса медико-социальной помощи, а не решение отдельных медицинских проблем. Комплексная медико-социальная помощь по проблемам подросткового возраста должна оказываться совместно педиатром, психологом, гинекологом, андрологом, социальным работником.

115. Клиника, дружественная к молодежи, может иметь самые разные формы организации и создаваться как самостоятельное учреждение или как структурное подразделение любых лечебно-профилактических и медико-социальных учреждений, которые предоставляют комплексную медико-социальную помощь подросткам в области охраны репродуктивного здоровья и профилактики рискованного поведения. Присоединиться к международной инициативе «Клиника, дружественная к подросткам и молодежи» могут консультативно-диагностические центры, специализирующиеся на оказании услуг в области охраны репродуктивного здоровья детей и подростков; медико-социальные отделения детских поликлиник, молодежные консультации, молодежные медицинские центры в структуре женских консультаций, больниц, центров планирования семьи и репродукции, центров профилактики и борьбы со СПИДом, специализированные отделения родильных домов и детских многопрофильных центров (отделения дет-

ской и подростковой гинекологии, урологические отделения т.д.), психолого-педагогические медико-социальные центры системы образования и социальной защиты.

116. На долю подростков и молодых людей приходится значительная и все возрастающая доля новых случаев ВИЧ. Имеющиеся риски могут быть уменьшены путем проведения информационно-просветительных кампаний, сексуального образования и программ, направленных на снижение или борьбу с употреблением инъекционных наркотиков.

117. Случаи ВИЧ-инфекции зарегистрированы во всех субъектах Российской Федерации, однако распространенность ВИЧ-инфекции среди населения административных территорий страны носит неоднородный характер. По данным 2009 года, на 24 территориях России, в которых проживает 46,2% населения страны, зарегистрировано более 0,3% людей живущих с ВИЧ среди всего населения. 36 субъектов Российской Федерации, в которых проживает 27% населения страны, характеризуются весьма низким уровнем распространенности ВИЧ-инфекции (менее 0,1% среди всего населения).

118. Двойная эпидемия ВИЧ-инфекции и наркомании в регионах привела к росту числа «социальных сирот» – детей, оставленных на государственное попечение при живых родителях. Согласно проведенным исследованиям, порядка 40% беспризорных детей 15-19 лет из Санкт-Петербурга инфицированы ВИЧ. Средний возраст начала употребления наркотиков в регионе крайне низок и продолжает снижаться, тогда как доступ бездомных детей к профилактике, диагностике и лечению ВИЧ-инфекции, а также к программам снижения вреда, затруднен или полностью отсутствует. Если же все-таки подросток обратился за медицинской помощью или информацией о ВИЧ-инфекции, он может подвергнуться моральному осуж-

дению и дискриминации.

119. Медицинские и социальные структуры должны предоставлять детям и подросткам, живущим с ВИЧ или подверженным риску инфицирования, низкопороговые услуги, ориентированные на их особые потребности. Для эффективной борьбы с распространением ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков необходимо сначала установить с ними контакт, затем убедить их пройти тестирование на ВИЧ-инфекцию, предоставить нуждающимся ВИЧ-позитивным медицинскую помощь и обеспечить ее непрерывность.

120. Укрепление здоровья не сводится лишь к борьбе с нездоровыми формами поведения. Наши инвестиции в будущие поколения заключаются также в поощрении здорового образа жизни. Достаточный уровень физической активности и сбалансированный рацион питания являются основой для хорошего состояния здоровья. Необходимы действия, направленные на борьбу с растущей эпидемией избыточного веса, которая в настоящее время затрагивает 20-25% молодых людей в ряде субъектов Российской Федерации.

121. В Европейском регионе в целом постоянно растут показатели заболеваемости и смертности в связи с проблемами психического здоровья. По имеющимся оценкам, от 10% до 20% подростков страдают одной или несколькими психическими или поведенческими проблемами, и бремя психических расстройств и нарушений обычно недооценивается. Подростковый возраст - это особо уязвимый период, когда повышается частота самоубийств и самоповреждений. В европейских странах отмечаются одни из самых высоких показателей самоубийств среди молодых людей в мире. Нерешенные проблемы психического здоровья в молодом возрасте связаны с разви-

тием проблем психического здоровья на более поздних этапах жизни.

122. Необходимо располагать программами для выполнения следующих задач:

- выработка здорового образа жизни - адекватный рацион питания, физическая активность, гигиена полости рта;
- предупреждение опасных форм поведения - злоупотребление табаком, алкоголем и другими веществами, небезопасный секс;
- развитие учреждений здравоохранения, ориентированных на молодежь, для охраны репродуктивного здоровья, включая методы контрацепции, предупреждение нежелательной беременности и профилактику и лечение ЗППП, ВИЧ и других инфекционных заболеваний;
- развитие консультирования и служб здравоохранения, ориентированных на молодежь, в отношении других проблем здоровья - насилие и жестокие формы обращения, издевательства и психические расстройства;
- защита от эксплуатации и опасных форм труда; создание благоприятных условий в учреждениях профессионального образования и на производствах для получения подростками профессиональной подготовки; формирование у подростков осознанного профессионального выбора, адекватного состоянию здоровья; восстановление системы медицинской профессиональной ориентации и врачебного профессионального консультирования подростков в общеобразовательных учреждениях и учреждениях начального профессионального образования; предотвращение негативного влияния на здоровье ранней трудовой занятости школьников;
- предупреждение сексуального, физического или психического насилия;
- создание здоровой школьной среды, способствующей

- физическому и психосоциальному благополучию;
- обеспечение благоприятной среды обитания дома и в местном сообществе;
 - борьба с ненадлежащей рекламой, ориентированной на подростков;
 - полная иммунизация (например, краснуха, корь, гепатит В), а также добровольная вакцинация девушек против вируса папилломы человека, для предупреждения развития рака шейки матки;
 - предупреждение травматизма; и
 - просвещение по вопросам взаимоотношений и родительских обязанностей.

123. В настоящее время международные эксперты и правительства большинства стран рассматривают вакцинопрофилактику как наиболее доступный и экономически выгодный способ защиты и укрепления здоровья нации.

124. В 1998 г. в России был принят Федеральный закон «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней», в котором установлены правовые основы Государственной политики в области иммунопрофилактики инфекционных болезней, осуществляемой в целях охраны здоровья, обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия и здоровья нации.

125. Вакцинация в России осуществляется согласно Национальному календарю профилактических прививок. Этот документ определяет наименования профилактических прививок и сроки их проведения, которые должны, при отсутствии противопоказаний, проводиться на территории всей страны. В обязательном порядке проводится вакцинопрофилактика 10 нозологических форм — туберкулеза, гепатита В, дифтерии, коклюша, столбняка, полиомиелита, кори, краснухи, эпидемического паротита, гриппа (определенные группы населе-

ния). Кроме того, еще против 13 нозологических форм – туляремии, чумы, бруцеллеза, сибирской язвы, бешенства, лептоспироза, клещевого энцефалита, лихорадки Ку, желтой лихорадки, брюшного тифа, менингококковой инфекции, гепатита А и холеры рекомендуется вакцинация по эпидемическим показаниям.

126. В подростковый период детям также проводится иммунопрофилактика, так в 13-летнем возрасте проводится вакцинация против краснухи не привитым и не болевшим девочкам и против гепатита В мальчикам и девочкам, ранее не привитым. В 14-летнем возрасте осуществляется вакцинация против туберкулеза (неинфицированным и не привитым в 7 лет), а также против полиомиелита (6-ая ревакцинация), против дифтерии и столбняка (2-ая ревакцинация). Для достижения элиминации кори и эпидемического паротита в ряде регионов России проводят вакцинацию подростков, не получивших двух прививок.

127. Согласно требованиям Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), показатель охвата вакцинацией в рамках Национального календаря прививок не должен быть ниже 95%. В противном случае неизбежно накопление неиммунных лиц и активизация инфекций, длительно не регистрировавшихся или регистрировавшихся на спорадическом уровне.

128. Необходимо отметить, что в соответствии с законодательством Российской Федерации иммунизация в рамках Национального календаря прививок осуществляется только с использованием отечественных и зарубежных вакцин, зарегистрированных и разрешенных к применению в установленном порядке в соответствии с инструкциями по их применению. Вакцинация осуществляется бесплатно в кабинете профилактических прививок в поликлиниках и в процедурных кабинете-

тах медицинских пунктов образовательных учреждений.

129. В обязательном порядке перед проведением вакцинации прививаемый должен быть осмотрен врачом, измерена температура тела. При наличии у вакцинируемого медицинских противопоказаний необходимо проведение дополнительного обследования. Некоторые перенесенные заболевания вызывают длительное снижение иммунитета, что является относительным противопоказанием к вакцинации на определенный срок, тогда иммунизация осуществляется по индивидуальному календарю.

130. Согласно Закону об иммунопрофилактике, родители ребенка имеют право на отказ от вакцинации. Отказ фиксируют подписью родителей или, в случае их нежелания подписывать отказ, двумя подписями медицинских работников.

131. В России благодаря вакцинации к 2009 году заболеваемость корью снизилась в 500 раз, эпидемическим паротитом – в 150 раз, дифтерией – в 200 раз, коклюшем – в 40 раз, столбняком – в 50 раз. С 1997 года не отмечено ни одного случая полиомиелита, вызванного диким вирусом.

132. Отсутствие профилактических прививок влечет за собой в соответствии с пунктом 2 статьи 5 Федерального закона от 17 сентября 1998 г. № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» следующее:

- запрет для граждан на выезд в страны, пребывание в которых в соответствии с международными медико-санитарными правилами либо международными договорами Российской Федерации требует конкретных профилактических прививок;
- временный отказ в приеме граждан в образовательные и оздоровительные учреждения в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе

- возникновения эпидемий;
- отказ в приеме граждан на работы или отстранение граждан от работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями. Перечень работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями и требует обязательного проведения профилактических прививок, устанавливается Правительством Российской Федерации.

133. В рамках Приоритетного национального проекта «Здоровье» проводится дополнительная иммунизация населения, целями которой являются: снижение заболеваемости населения гепатитом В, краснухой и ликвидация синдрома врожденной краснухи, ежегодная иммунизация инактивированной вакциной против полиомиелита детей раннего возраста с отягощенным соматическим анамнезом, снижение заболеваемости гриппом в период эпидемического подъема, а также уменьшение числа осложнений и летальных исходов.

134. Ближайшая цель вакцинации - предотвращение заболевания у конкретного человека. Конечная цель вакцинации - полная ликвидация болезни. Поэтому вопрос о необходимости профилактических прививок не может быть личным делом каждого. Более широкое использование уже применяемых вакцин позволило бы предотвратить в мире ежегодно 350 000 смертей от коклюша, 1,1 млн. от кори, 800 000 от гепатита, 300 000 от столбняка, 30 000 от желтой лихорадки, 30 000 от менингита, 500 000 от уродств, связанных с врожденной краснухой.

135. Прививочные календари развитых, экономически благополучных стран Европы включают дополнительно профилактические прививки, отсутствующие в российском календаре, такие как ветряная оспа, пневмококковая, гемофильная, папилломовирусная инфекция и другие. Связано

это в основном с экономическими причинами. Возможность введения вышеуказанных прививок обсуждается в медицинском сообществе России. Отдельные субъекты Российской Федерации изыскивают средства и проводят дополнительные прививочные кампании.

136. В дополнение к вакцинации в рамках Национального календаря прививок медицинское сообщество России рекомендует проводить прививки против гриппа (с 6 месяцев, ежегодно, в 1-й год двукратно); против инфекции, вызванной гемофильной палочкой типа b (трехкратно на первом году жизни вместе с АКДС, однократно детям 1-5 лет); в городах – против вирусного гепатита А. Прививки против менингококковой инфекции А и С следует проводить по эпидемическим показаниям детям старше 2 лет.

137. Прививки против гемофильной инфекции разрешены и рекомендованы информационным письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации №2510/10099-97-32 от 30.12.97 «О профилактике гемофильной инфекции».

138. В России, как и во всем мире, реальную угрозу представляет пневмококковая инфекция. Количество пневмококковых заболеваний стремительно растет на протяжении последних нескольких лет, а устойчивость бактерий к широко применяемым антибиотикам заставляет задуматься не только медицинских работников, но и экономистов и органы власти. В некоторых регионах Российской Федерации уже прививают детей от пневмококковой инфекции за счет региональных бюджетов. Доказано, что для некоторых европейских стран, универсальная вакцинация пневмококковой инфекции позволит предотвратить около 232000 случаев пневмококковых инфекций и 1879 случаев преждевременной смерти в год.

139. Россия принимает активное участие в ежегодно проводи-

мой Европейской неделе иммунизации. Лозунг Европейской недели иммунизации «Предупредить – Защитить – Привить». 140. В дальнейшем в России будет продолжено совершенствование системы вакцинопрофилактики инфекционных болезней у детей и подростков с учетом дальнейшего расширения Национального календаря прививок, путем включения вакцинации против инфекций, вызванных вирусом ветряной оспы, пневмококком, гемофильной палочкой, ротавирусом и вирусом папилломы человека.

141. В настоящее время в России внедряется Федеральный государственный образовательный стандарт общего образования (второго поколения). Впервые в образовательный стандарт включены «Требования к условиям реализации образовательных программ (кадровым, финансовым, материально-техническим и иным условиям)», важнейшей составной частью которых являются «Гигиенические требования к реализации общеобразовательных стандартов», а также методы оценки здоровьесберегающей деятельности общеобразовательных учреждений (в форме самооудита). Кроме того, в Федеральный государственный образовательный стандарт общего образования, в раздел «Требования к результатам освоения основных образовательных программ», включен подраздел «Оценка сформированности здорового образа жизни учащихся». Оценка показателей сформированности здорового образа жизни учащихся проводится по 3 показателям: по показателю распространенности среди школьников основных факторов риска нарушений здоровья; по показателю информированности учащихся в отношении факторов риска; по показателю сформированности у школьников установок на здоровый образ жизни.

142. Систематическая оценка распространенности среди учащихся разного возраста факторов риска по существу является мониторингом факторов риска и позволяет определять прио-

ритетные направления работы по формированию у обучающихся и воспитанников здорового образа жизни. Мониторинг факторов риска дает возможность принимать управленческие решения по созданию условий для рационального питания детей и подростков в образовательных учреждениях и повышению их двигательной активности — физкультурно-оздоровительной и спортивно-массовой работе.

143. Гигиеническую оценки условий реализации общеобразовательных стандартов, оценку здоровьесберегающей деятельности общеобразовательных учреждений и оценку сформированности здорового образа жизни учащихся должны систематически проводить средний медицинский персонал, работающий в школе, при участии педагогов. При этом сохраняются надзорные функции территориальных структур Роспотребнадзора и профилактическая работа, включающая профилактические осмотры школьников, проводимые детскими лечебно-профилактическими учреждениями, прикрепленными к общеобразовательным учреждениям.

144. Организация оздоровительной работы в образовательных учреждениях должна быть основана на оперативно поступающей информации о здоровье каждого ребенка — результатах обследования обучающегося или воспитанника врачами специалистами на врачебном и специализированных этапах профилактического осмотра. По мере поступления информации о результатах углубленного обследования больных детей врач образовательного учреждения берет на диспансерный учет детей и подростков с II группой здоровья (с функциональными отклонениями, незначительными нарушениями роста и развития, часто болеющих острыми респираторными вирусными инфекциями), оформляя Карту диспансеризации ребенка (форма 30) в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 310 от 09.12.2004, а

также формирует группы наблюдения и коррекции.

145. Для детей, перенесших тяжелые вирусные инфекции, а также лиц, страдающих функциональными нарушениями системы кровообращения, органов дыхания и пищеварения создается подготовительная группа для занятий физкультурой. Кроме того, организуется специальная группа для занятий с детьми с тяжелой патологией органов дыхания, сердечно-сосудистой, пищеварительной, нервной, мочеполовой и эндокринной систем. Для детей и подростков с нарушениями зрения следует организовать занятия специальной гимнастикой для глаз, а также, под руководством офтальмолога, целесообразно использовать аппаратные методы коррекции и восстановления зрения.

146. Для обучающихся и воспитанников с заболеваниями органов пищеварения и нарушениями обмена веществ целесообразна организация щадящего питания в образовательных учреждениях, а при возможности — диетических столов.

147. Осуществление профилактических и оздоровительных технологий в образовательных учреждениях предполагает совместную деятельность администрации школы, медицинского персонала, педагогов, родителей при поддержке муниципальных органов власти.

Разработка стратегии и её реализация: актуальные задачи

148. Социальная и экономическая значимость инвестирования в здоровье и развитие на ранних этапах жизненного цикла нередко недооценивается.

149. Изучение опыта стран, испытывавших трудности при разработке всесторонних стратегий в области развития подростков или их успешной реализации, позволило сделать целый

ряд важных выводов.

150. Основными факторами успеха являются:

- принятие принципов справедливости и равенства результатов в отношении здоровья в качестве ясно выраженных целей систем здравоохранения и государственной политики в целом;
- укрепление информационных систем в качестве одного из основных элементов стратегического развития;
- понимание важного значения многосекторальных действий и необходимости координации деятельности министерств, неправительственных организаций (НПО) и частного сектора;
- участие молодежи, семей и местных сообществ в планировании, осуществлении и оценке планов, направленных на улучшение состояния здоровья детей и подростков.

151. Эти вопросы входят в число основных актуальных задач, решение которых необходимо для успешной разработки и реализации политики в данной области. В последующих разделах приводится более подробное описание данных вопросов, а также содержатся дополнительные рекомендации.

152. В настоящее время весьма актуальной задачей является разработка учебно-методического обеспечения деятельности общеобразовательных учреждений по сохранению и укреплению здоровья обучающихся и развитию физической культуры. Назрела необходимость в разработке индивидуального для каждого школьника «Навигатора здоровья», который будет способствовать самооценке учащимся своего здоровья, даст реальные рекомендации по охране и укреплению здоровья и повысит заинтересованность детей и подростков в формировании здорового образа жизни. Возможно создание «Навигатора здоровья» как на бумажном, так и на электронном

носителе, что значительно увеличит интерес подростков к работе с таким документом.

Обеспечение справедливости в отношении здоровья детей и подростков

153. Наибольшее неравенство в отношении здоровья между бедными и богатыми слоями общества наблюдается в регионах, где уровень социального неравенства является наивысшим. Эффективные действия по борьбе с неравенством в отношении здоровья требуют объединения усилий в рамках стратегий, направленных на защиту неимущих слоев населения, во всех секторах. В то же время стратегии сектора здравоохранения в отношении финансирования здравоохранения и предоставления высококачественных медицинских услуг могут играть важную роль в борьбе с последствиями социальной несправедливости.

154. Лица, определяющие политику, и работники здравоохранения могут предпринять ряд важных шагов, направленных на эффективное решение проблемы соблюдения принципа справедливости в рамках стратегий охраны здоровья детей и подростков:

1. Провести анализ распределения результатов в отношении здоровья подростков в разных группах населения.
2. Рассмотреть основные факторы, лежащие в основе неблагоприятных результатов в отношении здоровья подростков (такие как недостаточное питание или плохие жилищные условия).
3. Уделять приоритетное внимание периодам наибольшей уязвимости на протяжении жизненного цикла — подростковому возрасту.
4. Осуществлять инвестиции в деятельность, направленную на профилактику болезней, затрагивающих преимуще-

ственно малоимущих подростков, и на борьбу с этими болезнями.

5. Осуществлять инвестиции для оказания помощи наиболее уязвимым семьям.
6. Улучшать качество первичной и стационарной помощи подросткам.
7. Выявлять соответствующие показатели и цели в отношении соблюдения принципа справедливости.

155. Анализ различий в отношении здоровья подростков можно проводить с использованием различных социальных показателей – уровень доходов (богатые/бедные), место жительства (город/сельская местность), пол (женский/мужской), этнолингвистическая группа и т.д. Показатели состояния здоровья и доступности медицинской помощи коррелируют с уровнем обеспеченности семьи. Эта информация позволяет оценивать степень различий в состоянии здоровья и использовании учреждений здравоохранения между наиболее и наименее обеспеченными группами населения. Показатели, позволяющие оценивать, насколько соблюдается принцип справедливости, необходимы для мониторинга и оценки деятельности учреждений здравоохранения.

156. Малообеспеченные люди предрасположены к развитию определенных болезней или состояний. Целенаправленная борьба с этими болезнями с помощью конкретных программ должна предусматриваться в рамках конкретных действий учреждений здравоохранения, направленных на улучшение состояния здоровья малоимущих групп населения, что будет способствовать усилению справедливости. Термин «болезни бедности» в настоящее время используется применительно к ВИЧ/СПИДу, туберкулезу и малярии. В глобальном масштабе эти болезни относятся к числу основных причин смерти среди малоимущих слоев населения. В то же время инфекционные

заболевания и недостаточное питание продолжают вносить значительный вклад в бремя заболеваемости среди малоимущих людей в наиболее бедных странах Европейского региона.

157. Целенаправленная деятельность в отношении бедных семей и домашних хозяйств может считаться наиболее непосредственным способом улучшения состояния здоровья подростков из бедных семей. Бесплатный доступ к медицинской помощи, транспорту или продуктам питания по талонам может внести важный вклад в реализацию программ соблюдения справедливости в отношении наименее обеспеченных групп населения. Если уязвимые группы подростков сконцентрированы в территориальном плане, можно применять программы, ориентированные на определенные районы или населенные пункты.

158. Для обеспечения соблюдения принципа справедливости в отношении здоровья необходима финансовая система, позволяющая распределять и предоставлять высококачественную медицинскую помощь на справедливой основе. Слишком часто сам факт того, что услуги предоставляются, считается синонимом доступа к медицинской помощи, а всеобщий охват рассматривается как подразумевающий эффективную охрану здоровья. В то же время значительные различия в доступе к качественной помощи относятся к числу наиболее важных непосредственных детерминант различий в результатах в отношении здоровья, так как улучшения показателей здоровья нельзя добиться без осуществления эффективных мер воздействия. Справедливость в отношении здоровья подростков никогда не будет достигнута при отсутствии четких обязательств и ясных целей. Необходимо наметить конкретные задачи и показатели, учитывающие необходимость сокращения неравенства в состоянии здоровья между подростками в богатых и бедных семьях.

Усиление информационного обеспечения для принятия решений

159. Работа по планированию, осуществлению и мониторингу стратегий и проводимых мероприятий должна основываться на достоверной и надежной информации. Отсутствие таких данных будет означать отсутствие информации, необходимой для создания условий для улучшения здоровья подростков. Доброкачественная информация на местном уровне необходима для того, чтобы оценить исходную ситуацию, наметить оптимальные и экономически наиболее эффективные пути действий, осуществлять мониторинг хода работ по их выполнению, а также показать, что конечные цели достигнуты. Однако, несмотря на то, что мы живем в эпоху все более совершенных информационных технологий, как ни странно, данные в отношении здоровья подростков все еще сложно получить, а существующие данные нередко являются неполными, неточными или непоследовательными.

160. Таким образом, необходимы меры, направленные на улучшение сбора и распространения данных и предоставление информации. Информационное обеспечение имеет два основных аспекта. Местные данные надлежащего характера, последовательно и надежно собираемые и систематизируемые на протяжении определенного периода времени, позволят оценить потребности, ресурсы, действия и полученные результаты. Анализ тенденций будет указывать на направление изменений и темпы преобразований. Сопоставительный анализ ситуации в отдельных местах будет указывать на соответствующие потребности подростков и имеющиеся возможности. Вторым аспектом информации являются фактические данные, которые должны выявлять наиболее целесообразные действия в отношении конкретных потребностей подростков. Такие фактические данные должны способствовать появлению реально работающих программ для практической деятельности, а также определению реальных плановых

показателей, с помощью которых можно оценивать ход работы для внесения любых необходимых корректировок.

161. Правильная информационная стратегия будет способствовать эффективному, но минимальному сбору данных, там, где это возможно, на основе данных, собираемых на регулярной основе в условиях практической деятельности. Эти данные должны быть представлены с разбивкой по местам и группам подростков для их надежного целевого использования.

162. Некоторые прецеденты и определения данных такого рода уже существуют, включая проект Европейского Союза по показателям здоровья детей, связанным с жизнью и развитием, Европейскую систему надзора за несчастными случаями дома и во время отдыха и санитарно-гигиенические показатели среды обитания Европейского агентства по окружающей среде. ВОЗ располагает рядом справочных источников в Европейском регионе, такими как трехгодичное исследование «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» (HBSC) и база данных «Здоровье для всех».

Усиление согласованных действий и сотрудничества между секторами

163. Исходной точкой для действий должно быть разделяемое всеми органами законодательной и исполнительной власти субъекта Российской Федерации и общества признание необходимости использования комплексного подхода к вопросам здоровья и развития подростков, воплощенного во всестороннюю региональную стратегию, направленную на решение наиболее важных приоритетных задач. Такая стратегия, одобренная органами законодательной и исполнительной власти Российской Федерации, может обеспечивать четкое руководство в отношении охраны здоровья подростков в регионе и

указывать на то, какой вклад в эту работу должны вносить различные социально-экономические сектора.

164. Все сектора должны играть определенную роль в охране здоровья подростков. Особо важное значение имеет финансовое обеспечение охраны здоровья подростков. Это объясняется долгосрочными экономическими выгодами от инвестирования в здоровье молодежи. Нередко дивиденды в отношении здоровья становятся очевидными лишь спустя несколько лет постоянных инвестиций. Однако инвестиции заключаются не только в деньгах. Необходимо также использовать законодательные и регуляторные меры для защиты подростков в различных регионах, и многие из них касаются общественного здравоохранения. Например, политика в отношении пищевых продуктов и сельского хозяйства играет важную роль в определении продовольственного снабжения. Методы землепользования, обогащение продуктов питания и их приготовление влияют на содержание жиров, сахара, соли и питательных микроэлементов в нашем рационе питания. Политика в области транспорта влияет на борьбу с загрязнением атмосферы выхлопными газами и экологические последствия. Требования к производственным процессам и ужесточение норм безопасности, вместе с изменениями в городском планировании, способны предотвратить многие несчастные случаи. Политика в области школьного образования играет важную роль в укреплении социальных норм, прав и обязанностей граждан и выработке у молодых людей знаний и навыков здорового образа жизни. С помощью финансовой политики субсидии, материальные стимулы, штрафы и сборы могут использоваться таким образом, чтобы это способствовало улучшению здоровья и развития подростков.

165. Проблема здоровья носит многосторонний характер и нередко определяется факторами, выходящими за рамки сектора здравоохранения. Хотя сектор здравоохранения играет глав-

Стратегия «Здоровье и развитие подростков России»

СЕКТОР	ВОЗМОЖНЫЙ ВКЛАД
Финансы	Финансовая политика - налогообложение и субсидии. Перераспределение бюджетных ресурсов
Образование (школы)	Разработка учебных программ Школьная среда Предоставление услуг вне школьной программы, ориентированных на подростков Предоставление питания в школе
Добровольные организации	Физическая активность Спорт Проведение досуга целенаправленного характера
Средства массовой информации	Повышение уровня информированности Участие общественности и консультации с общественностью Рекомендации и информация Подотчетность лиц, принимающих решения
Социальное обеспечение	Психосоциальная поддержка Адресные пособия Жилищные нормы Бытовая безопасность
Закон и правосудие	Защита ребенка Обеспечение безопасной среды обитания Поддержка семьи
Окружающая среда	Нормы и стандарты в отношении антропогенной среды Городское планирование Нормы водоснабжения и др. Экологический мониторинг
Сельское хозяйство и пищевая промышленность	Производство сельскохозяйственной продукции и продуктов питания Пищевые стандарты и состав продуктов питания Обогащение пищевых продуктов и добавки Политика ценообразования Обучение производителей и потребителей продуктов питания
Транспорт	Дорожное строительство Характеристики транспортных средств Нормы безопасности

ную роль, как в непосредственном предоставлении помощи, так и в координации межсекторальной деятельности, успех не может быть достигнут только усилиями этого сектора. Ниже приводятся некоторые примеры действий других секторов, которые могут и должны оказывать благоприятное воздействие на здоровье и развитие детей и подростков. Кроме того, эффективность будет значительно выше, если деятельность всех этих секторов будет согласованной.

166. Однако потребность в сотрудничестве и взаимодействии выходит за рамки структурированных секторов. За последнее десятилетие произошло стремительное развитие сектора телекоммуникации и информатики. Молодые люди в настоящее время не только подвергаются воздействию большого объема информации и зрительных образов, но и нередко являются объектом целенаправленного воздействия. Средства массовой информации могут действовать как во благо, так и во вред; к сожалению, нередко имеет место последнее. Средства массовой коммуникации могут воздействовать на ценности, установки и убеждения. В лучшем случае средства массовой информации могут отражать общественное мнение, а также общественный настрой, побуждающий к изменениям. Однако сектор здравоохранения обязан действовать в тех случаях, когда влияние средств массовой информации может быть неблагоприятным для здоровья.

167. Для работы в средствах массовой информации, особенно ориентированной на контингент подростков, должны привлекаться высококвалифицированные специалисты, сотрудничающие в теле- и радиопередачах со специалистами разного профиля. Информация должна быть достоверной, познавательной и интересной для подростково-молодежной аудитории, соответствовать возрасту и уровню образования телезрителей и радиослушателей. Если при работе с детьми следует использо-

вать аргументацию, адресованную преимущественно к чувственно-образному, эмоционально-окрашенному мышлению, то в подростковом возрасте, в связи с достаточным развитием понятийного, абстрактного мышления, значительный упор можно делать на аргументацию адресованной к разуму.

168. Многие страны, регионы имеют специального представителя (омбудсмена), обязанностью которого является обеспечение социального благополучия детей и подростков. В Российской Федерации введена должность федеральной государственной гражданской службы – Уполномоченный при Президенте Российской Федерации по правам ребенка. Такое лицо располагает идеальными возможностями для мониторинга уровня межсекторального сотрудничества и разработки рекомендаций по его улучшению. Создаются аналогичные структуры в субъектах Российской Федерации.

169. Омбудсмен имеет право проводить собственное расследование нарушений прав ребенка (подростка) и направлять в федеральные органы исполнительной власти, органы государственной власти субъектов Российской Федерации, органы местного самоуправления и должностным лицам, в решениях или действиях (бездействии) которых он усматривает нарушение прав и интересов ребенка, свое заключение, содержащее рекомендации относительно возможных и необходимых мер восстановления указанных прав и интересов. Вместе с тем необходимо обеспечение доступности к омбудсмену и его аппарату юных граждан России и их семей при решении индивидуальных социальных проблем, а также проблем отдельных детско-подростковых коллективов.

170. Основой деятельности по охране здоровья и развитию подростков является укрепление семей и местных сообществ, в которых они проживают. Семьи действуют в контексте мест-

ных сообществ и более широкого окружения. Доступ каждой семьи к продуктам и услугам, связанным со здравоохранением, определяется целым рядом факторов, таких как время, финансы, транспорт, знания и умения и другие. Возможности действий со стороны семьи ограничены имеющимися ресурсами. Решающее значение для способности каждой семьи поддерживать и улучшать состояние здоровья является уровень бедности, образования, безработицы и материальных условий жизни. Наименее обеспеченные семьи нуждаются в наибольшей поддержке. Любые инвестиции в улучшение жилищных условий, создание больших возможностей для образования или улучшение питания будут способствовать расширению жизненных возможностей подростков из бедных семей.

171. Питание остается одной из основных проблем здоровья и развития в группе детей подросткового возраста. Дети этого возраста все в большей мере проявляют свои предпочтения в плане еды и начинают действовать независимо в отношении своего рациона питания. Неправильные привычки питания усиливаются в результате чего привычный режим питания сохраняется в зрелом возрасте.

172. В сфере повышения экономической доступности пищевых продуктов для всех групп населения предстоит особое внимание уделить осуществлению мер, направленных на снижение уровня бедности, обеспечение приоритетной поддержки наиболее нуждающихся слоев населения, не имеющих достаточных средств для организации здорового питания, а также организации здорового питания беременных и кормящих женщин, детей раннего, дошкольного и школьного возраста, здорового питания в учреждениях социальной сферы (социального питания).

173. Формирование здорового типа питания потребует:

- развития фундаментальных и прикладных научных исследований по медико-биологической оценке безопасности новых источников пищи и ингредиентов, внедрения инновационных технологий, включающих био- и нанотехнологии, технологии органического производства пищевых продуктов и продовольственного сырья;
- наращивания производства новых обогащенных, диетических и функциональных пищевых продуктов;
- разработки для населения образовательных программ по проблемам здорового питания как важнейшего компонента здорового образа жизни с привлечением средств массовой информации, создания специальных обучающих программ;
- разработки нормативов социального питания и реализации мер по его поддержке;
- разработки и реализации комплекса мер, направленных на сокращение потребления алкогольной и другой спирт-содержащей продукции».

174. Большим потенциалом обладает также сектор добровольных и общественных организаций. Такие организации обеспечивают сеть поддержки для молодых людей и их родителей. Молодежные группы и организации, а также спортивные клубы представляют собой ресурсы, обеспечивающие здоровье и развитие молодых людей. Мероприятия, предназначенные для усиления организаций на базе местных сообществ и поддержки семей, могут способствовать улучшению состояния здоровья подростков.

175. В России развивается сеть молодежных неполитических организаций. Основными целями молодежных неполитических организаций является объединение наиболее активной молодежи на основе общности интересов для осуществления совместной деятельности, направленной на:

- удовлетворение духовных и иных нематериальных по-

- требностей,
- социальное становление и развитие членов организации,
 - создание системы патриотического воспитания молодежи,
 - помощь малообеспеченным семьям, семьям инвалидов и престарелым, детям в приютах и детских домах, лицам, пострадавшим в чрезвычайных обстоятельствах.
 - пропаганду и популяризацию среди молодежи здорового образа жизни, физической культуры и спорта,
 - воспитание у молодых людей активной жизненной позиции и творческой инициативы.

Обеспечение участия молодежи, семей и местных сообществ

176. Люди и местные сообщества, в которых они проживают, сами по себе являются источниками средств для улучшения состояния здоровья. Они располагают знаниями, навыками, временем и сетями, которые могут быть использованы в рамках более широкой деятельности в области здравоохранения на региональном уровне. Эти средства могут быть использованы для оказания помощи в осуществлении местных инициатив, направленных на улучшение состояния здоровья молодых людей.

177. Молодые люди проявляют искренний интерес к вопросам, связанным с их здоровьем и благополучием. В соответствии с Конвенцией о правах ребенка дети имеют право голоса в принятии решений, оказывающих влияние на их здоровье. Опыт показывает, что участие подростков имеет важнейшее значение для успешной разработки и реализации стратегии, политики и служб, ориентированных за эту группу населения. Такое участие должно реализовываться не на словах, а на деле; оно требует реального привлечения к этой деятельности молодых людей. Подростки являются экспертами по молодежной культуре, и в этом качестве они способны помочь в разработке и

осуществлении деятельности служб, ориентированных на молодежь. В настоящее время существуют отлаженные и проверенные механизмы, обеспечивающие учет взглядов молодых людей и их участие, включая членов труднодостижимых и малообеспеченных групп населения.

178. В России расширяется практика создания в общеобразовательных учреждениях Школьных парламентов, которые в ряде муниципальных образований образуют городские объединения Школьных парламентов. Школьный парламент является формой ученического самоуправления школы. Это добровольное, выборное объединение активных школьников, которые стремятся положительно влиять на события, происходящие в школе, сделать школу более привлекательной. Ученический актив, входящий в Школьный парламент – подростки, учащиеся 5-11 классов, пользующиеся авторитетом у товарищей. В Школьный парламент входят учащиеся, которым небезразлична школьная жизнь, стремящиеся самореализоваться через орган самоуправления, развивать свои коммуникативные и организаторские способности.

179. Школьный Парламент является представительным органом учеников школы, работа которого направлена на решение следующих задач:

- развивать в школьной среде навыки самоуправления;
- воспитывать активную гражданскую позицию, высокие нравственные качества и повышать уровень духовной культуры учащихся,
- способствовать формированию здорового образа жизни, сознательному отношению к своему здоровью и здоровью окружающих;
- реализовать права обучающихся на участие в процессе управления образовательным учреждением.

180. Деятельность Школьного парламента осуществляется на

основе устава под руководством администрации и в соответствии со школьным планом учебно - воспитательной работы.

181. Молодежная политика Российской Федерации все более ориентируется на обеспечение и защиту прав молодежи, на поощрение участия молодых во всех областях жизни общества и представление им возможности личностного и гражданского развития. На это нацелен Федеральный закон «О государственной поддержке молодежных и детских общественных объединений». Дети, подростки и молодежь являются гражданами в силу собственного права и должны принимать активное участие в планировании и мониторинге любой национальной программы, целью которой является улучшение их здоровья. Их участие помогает добиваться того, чтобы образовательные инициативы и меры, направленные на развитие соответствующих служб, учитывали их потребности в охране здоровья. В первую очередь участие подростков и молодежи подразумевает вовлечение их в планирование, развитие, реализацию, мониторинг и оценку программ, направленных на улучшение репродуктивного и сексуального здоровья, профилактику наркомании, ВИЧ-инфекции и других заболеваний, передающихся половым путем.

182. Организуя вовлечение юных в программы охраны репродуктивного и сексуального здоровья, профилактику ВИЧ-инфекции и наркомании, взрослые обязаны проявлять гибкость, терпение и выдержку, не демонстрируя явную опеку и поощрять усилия молодых. В свою очередь участие подростков в этой работе должно быть добровольным и осознанным — молодые люди должны понимать, что они делают и зачем это нужно.

183. Меры, направленные на изменение образа жизни подростков, могут оказывать более эффективное воздействие, если они носят устойчивый и долгосрочный характер и разрабаты-

ваются с участием молодежи. Результаты международных исследований «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» (НБС) показывают, что подростки, участвующие в принятии решений в рамках своих школ, дают более высокую оценку состоянию своего здоровья.

Роль сектора здравоохранения

184. Очевидно, что сектор здравоохранения должен играть ведущую роль не только в предоставлении необходимых услуг, но также в активизации деятельности других органов власти. Он может действовать в интересах охраны здоровья, привлекая к участию в этой работе всех, кто имеет возможность оказать поддержку деятельности, направленной на охрану здоровья и развитие подростков.

185. Сектор здравоохранения может и должен являться движущей силой для осуществления преобразований в деятельности всех государственных органов. Органы управления субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения должны играть важную роль, привлекая внимание органов управления в других сферах к возможным последствиям их политики для здоровья подростков. Понимание того, как государственная политика в целом влияет на состояние здоровья, помогает уделять особое внимание тем мерам, которые могут способствовать укреплению здоровья и благополучия будущих поколений.

186. Лица, определяющие политику, располагают широким арсеналом политических средств, таких как законодательные действия, регламентирование, организационные изменения, профессиональная подготовка, разработка учебных программ, общественное просвещение, финансовые меры, распределение бюджетных ассигнований и финансирование с учетом эф-

фективности деятельности, политика в области социального обеспечения, охрана окружающей среды, научные исследования, а также другие. Лица, определяющие политику, нередко фокусируют свое внимание лишь на изменении организационных структур, общественном просвещении, профессиональной подготовке и научных исследованиях. Систематическое выявление и использование широкого круга средств и методов может способствовать достижению реального прогресса в кратчайшие сроки и наиболее эффективным образом. Например, использование регулятивных мер, направленных на соблюдение требования использования ремней безопасности, способствует значительному сокращению дорожно-транспортного травматизма. Несмотря на эти очевидные успехи, лица, определяющие политику, нередко не используют весь арсенал политических средств и методов, имеющихся в их распоряжении, при выработке общей политики в области здравоохранения.

187. Лица, определяющие политику и планирующие деятельность в области здравоохранения, должны также обеспечить должное внимание в рамках сектора здравоохранения потребностям подростков. Надлежащая медико-санитарная помощь предусматривает не только обеспечение широкого охвата проводимыми мероприятиями и предоставление услуг, но также высокое качество этих мер и услуг. Важнейшее значение имеет наличие квалифицированного персонала. При отсутствии людских ресурсов в необходимом количестве и должной квалификации качество помощи будет снижаться, приводя к отрицательным последствиям для подростков.

188. Органы здравоохранения, проявляющие искреннее желание осуществлять инвестиции в здоровье и развитие подростков, должны обеспечить выполнение следующих требований:

- принятие всесторонней стратегии охраны здоровья под-

ростков в качестве самостоятельной стратегии или в рамках других стратегий (например, в области здравоохранения или в отношении детей);

- наличие четких соглашений о взаимодействии сектора здравоохранения с другими секторами (например, образования, социального обеспечения, сельского хозяйства) для осуществления деятельности в области здоровья и развития детей и подростков;
- определение эффективности всех аспектов предоставления услуг здравоохранения, способствующих охране здоровья подростков;
- укрепление здоровья детей и подростков должно являться одним из конкретных аспектов механизмов обзора и оценки эффективности деятельности сектора здравоохранения;
- проведение «аудита соблюдения принципа справедливости» с тем, чтобы наиболее уязвимые подростки не были ущемлены при планировании деятельности сектора здравоохранения и предоставлении услуг (например, доступ к службам, ориентированным на охрану здоровья детей и подростков); и
- консультирование с широкой общественностью и молодежью при разработке проекта стратегии.

Выводы

189. Данный стратегический документ содержит описание проблем и имеющихся возможностей в области укрепления нашего самого ценного достояния - здоровья - для важнейших членов общества, каковыми являются дети и подростки. Каждый родитель, каждая семья, каждое сообщество, каждая организация и каждый субъект Российской Федерации располагают возможностями внести максимальный вклад в охрану здоровья будущего поколения, иначе их обязательства

в данной области останутся невыполненными. Эти инвестиции носят долгосрочный характер и должны выходить за рамки личных предпочтений или политических позиций, поскольку каждое сообщество и каждый регион смогут получить как положительные, так и отрицательные эффекты, являющиеся непосредственным следствием имеющихся взглядов и приверженности решению данной проблемы. Успех станет очевиден лишь после завершения работы; неудача станет явной лишь тогда, когда устранить нанесенный ущерб будет уже слишком поздно. Это - тяжелая обязанность, однако потенциальный выигрыш бесценен.

190. Целью Стратегии «Здоровье и развитие подростков России» является содействие усилиям в области охраны здоровья подростков путем выявления наиболее актуальных проблем, стоящих перед субъектами Российской Федерации, имеющихся у них официальных и неофициальных ресурсов, а также наиболее оптимальных подходов и источников знаний, используемых для их решения.

Международные документы:

1. Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин. Принята ООН 18.12.1979 г., ратифицированная Российской Федерацией 15.09.1990 г.
2. Конвенция о правах ребенка, 1989 г.
3. Доклад Международной конференции по народонаселению и развитию, Каир, 5-13 сентября 1994 г.
4. Декларация тысячелетия, принятая на 53 сессией ВОЗ в 2003 г.
5. Стратегические направления улучшения здоровья и развития детей и подростков, приняты ВОЗ в 2003 г.
6. Выводы IV конференции на уровне министров по окружающей среде и охране здоровья», Будапешт, 2004 г.
7. Европейская стратегия «Здоровье и развитие детей и подростков».

Законодательные документы Российской Федерации:

1. Федеральный закон № 3185-1 от 02.07.1992 «О психиатрической помощи и правах граждан при ее оказании»,
2. Федеральный закон № 5487-1 от 22.07.1993 г. «Основы законодательства по охране здоровья граждан Российской Федерации»,
3. Федеральный закон №98 от 18.06.1995 г. «О государственной поддержке молодежных и детских общественных объединений»,
4. Федеральный закон №124 от 24.07.1998 г. «Об основных гарантиях прав ребёнка в Российской Федерации»,
5. Федеральный закон №157 от 17.09.1998г. «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней»,
6. Концепции развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года.

Подзаконные акты

1. Указ Президента Российской Федерации №1351 от 09.10.2007 «Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года».
2. Указ Президента Российской Федерации от 1 февраля 2010 г. «Об утверждении Доктрины продовольственной безопасности Российской Федерации».
3. Постановления Правительства Российской Федерации от 18 мая 2009 г. № 413 «О финансовом обеспечении в 2009 году за счет ассигнований федерального бюджета мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака».
4. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 3 февраля 2010 г. №134-р «Об утверждении Концепция федеральной системы подготовки граждан Российской Федерации к военной службе на период до 2020 года».
5. Приказ Министерства здравоохранения РФ и Министерства образования РФ № 186/272 от 30.06.1992 года «О совершенствовании системы медицинского обеспечения детей в образовательных учреждениях».
6. Приказ Министерства здравоохранения РФ № 60 от 14.03.1995 года «Об утверждении инструкции по проведению профилактических осмотров детей дошкольного и школьного возрастов на основе медико-экономических нормативов».
7. Приказ Министерства здравоохранения РФ № 151 от 07.05.1998 года «О временных отраслевых стандартах объема медицинской помощи детям» .
8. Приказ Министерства здравоохранения РФ № 154 от 05.05.1999 года «О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста».
9. Приказ Министерства здравоохранения РФ № 241 от 03.07.2000 года «Об утверждении Медицинской карты ре-

- бенка для образовательных учреждений».
10. Приказ Министерства здравоохранения РФ № 229 от 27.06.2001 года «О национальном календаре профилактических прививок и календаре профилактических прививок по эпидемическим показаниям» (вступил в силу с 01.01.2002 г.)
 11. Приказ Министерства здравоохранения РФ № 371 от 16.10.2001 года «О штатных нормативах медицинского и педагогического персонала детских городских поликлиник (поликлинических отделений) в городах с населением свыше 25 тысяч человек.
 12. Приказ Министерства здравоохранения РФ № 621 от 30.12.2003 года «О комплексной оценке состояния здоровья детей».
 13. Приказ Министерства здравоохранения РФ № 623 от 30.12.2003 года «Об утверждении «Положения об организации деятельности наркологического кабинета по обслуживанию детского населения».
 14. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 310 от 09.12.2004 года «Об утверждении карты диспансеризации ребенка».
 15. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 487 от 29.07.2005 года «Об утверждении Порядка организации оказания первичной медико-санитарной помощи».
 16. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 28 от 18.01.2006 года «Об организации деятельности врача-педиатра участкового».
 17. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 319 от 28.04.2006 года «Об утверждении примерного порядка организации деятельности и структуры детской поликлиники».
 18. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 320 от 28.04.2006 года «О внесении изменения в приказ Министерства здравоохранения Россий-

- ской Федерации от 16 октября 2001 г. № 371».
19. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 56 от 23.01.2007 года «Об утверждении примерного порядка организации деятельности и структуры детской поликлиники».
 20. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 302н от 10.06.2009 года «О мерах по реализации постановления Правительства Российской Федерации от 18 мая 2009 г. № 413 «О финансовом обеспечении в 2009 году за счет ассигнований федерального бюджета мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака».
 21. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 597н от 19.08.2009 года «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни граждан Российской Федерации, включая сокращение потребление алкоголя и табака».
 22. Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы СанПиН 2.4.2.1178–02 «Гигиенические требования к условиям обучения в общеобразовательных учреждениях», 2002 г.
 22. Технический регламент о безопасности продукции, предназначенной для детей и подростков. Утвержден постановлением Правительства Российской Федерации от 7 апреля 2009 г. № 307. — М.: Стандартинформ, 2009. — 56 с.

Нормативно-методические документы

1. Организация медицинского контроля за развитием и здоровьем дошкольников и школьников на основе массовых скрининг-тестов и их оздоровление в условиях детского сада, школы, М., Промедэк, 1993.
2. Информационное письмо Министерства здравоохране-

- ния Российской Федерации №2510/10099-97-32 от 30.12.1997 года «О профилактике гемофильной инфекции».
3. Методические рекомендации (№ 25): Медицинское обеспечение школьников, обучающихся в новых видах школ, (утв. Комитетом здравоохранения Правительства Москвы), М. - 1998.
 4. Методы исследования физического развития детей и подростков в популяционном мониторинге (Руководство для врачей). - М.- 1999.
 5. Врачебно-профессиональное консультирование и медицинское обеспечение профессиональной ориентации детей /Пособие для врачей, утв. МЗ РФ 22.05.2000.-М., 2001.-44 с.
 6. Современные технологии оздоровления детей и подростков в образовательных учреждениях / Пособие для врачей, утв. МЗ РФ 22.01.2002. - М., 2002. - 68 с.
 7. Медицинское обеспечение учащихся учреждений начального профессионального образования, осваивающих профессии, связанные с неблагоприятным воздействием профессионально-производственных факторов. Методические рекомендации (№ 36) Департамента здравоохранения Правительства Москвы / Сухарева Л.М., Кучма В.Р., Рапопорт И.К. и др. — М., 2003. — 23 с.
 8. Нормативы физического развития, показателей психомоторных и когнитивных функций, умственной работоспособности, школьной адаптации и вегетативной лабильности, деятельности сердечно-сосудистой системы подростков 15–16 лет / Пособие для врачей. - Утв. Минздравсоцразвития РФ 28.11.2003.- М., 2004.- 47 с.
 9. Баранов А.А., Кучма В.Р., Рапопорт И.К. Руководство по врачебному профессиональному консультированию подростков. - М.: Издательский Дом «Династия», 2004.- 200 с.
 10. Баранов А.А., Кучма Л.М., Сухарева Л.М. Оценка здо-

- ровья детей и подростков при профилактических осмотрах (руководство для врачей). М.: Издательский Дом «Династия», 2004. — 168 с.
11. Онищенко Г.Г., Баранов А.А., Кучма В.Р. Безопасное будущее детей России. Научно-методические основы подготовки плана действий в области окружающей среды и здоровья наших детей. М.: Издательство ГУ НЦЗД РАМН. — 2004, 154 с.
 12. Перечень профилактических и оздоровительных технологий, реализуемых в образовательных учреждениях. Инструкция по применению» / Пособие для врачей -. Утв. Директором ГУ НЦЗД РАМН академиком А.А.Барановым. - М., 2004. - 37 с.
 13. Примерный перечень пищевых продуктов повышенной пищевой и биологической ценности, рекомендуемых для использования в питании детей и подростков в организованных коллективах» (пособие для врачей). Утв. Директором ГУ НЦЗД РАМН академиком А.А.Барановым. - М., 2004.-32 с.
 14. Нормативы физического развития, показателей психомоторных и когнитивных функций, умственной работоспособности, школьной адаптации и вегетативной лабильности, деятельности сердечно-сосудистой системы подростков 17–18 лет / Пособие для врачей. - Утв. Минздравсоцразвития России 23.12.2004.- М., 2005. - 57 с.
 15. Кучма В.Р. Медико-профилактические основы обучения и воспитания детей: руководство для медицинских и педагогических работников образовательных и лечебно-профилактических учреждений, санитарно-эпидемиологической службы. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. — 528 с.: ил.
 16. Оценка нервно-психического здоровья и психофизиологического статуса детей и подростков при профилактических медицинских осмотрах / Пособие для врачей. -

- Утв. Минздравсоцразвития России 23.12. 2004. - М., 2005.-107 с.
17. Методы оценки качества жизни школьников. Учебное пособие / М 463 В.Р. Кучма, И.Б. Ушаков, Н.В. Соколова и др. – М.-Воронеж: ИСТОКИ, 2006. – 112 с.
 18. Баранов А.А., Кучма В.Р., Сухарева Л.М. Оценка состояния здоровья детей. Новые подходы к профилактической и оздоровительной работе в образовательных учреждениях: руководство для врачей. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 437 с.: ил.
 19. Универсальная оценка физического развития младших школьников. Пособие для медицинских работников. / А.А. Баранов, В.Р. Кучма, Л.М. Сухарева, Н.А. Скоблина и др. – М.: НЦЗД РАМН, 2010. – 34 с.
 20. Организация социологических исследований качества и образа жизни студентов. Сборник анкет: Метод. реком. (МР № 22.4.4.02-10) / Кучма В.Р., Ерофеев Ю.В., Крига А.С. и др. – Омск: Изд-во ОмГМА, 2010. – 36 с.

Библиография

1. Анохина Ж.А., Корденко А.Н., Ушаков И.Б. Опыт исследования качества жизни старших школьников: Монография. - Воронеж: Воронежский государственный педагогический университет, 2003. - 81 с.
2. Баранов А.А., Кучма В.Р., Скоблина Н.А. Физическое развитие детей и подростков на рубеже тысячелетий. – М.: Издатель Научный центр здоровья детей РАМН, 2008. – 216 с.: ил.
3. Баранов А.А., Кучма В.Р., Тутельян В.А., Величковский Б.Т. Новые возможности профилактической медицины в решении проблем здоровья детей и подростков России. Комплексная программа научных исследований «Профилактика наиболее распространенных заболеваний детей и подростков на 2005-2009 гг.». Издание второе, ис-

- правленное и дополненное. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 176 с.
4. Баранович Н. А. Гигиеническая оценка качества жизни подростков сельской местности: Автореферат на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. - М., 2007. - 24 с.
 5. Бейс Г., Кучма В.Р. Школы здоровья в Европе и России. — М.: Издатель Научный центр здоровья детей РАМН, 2009. — 83 с.
 6. Величковский Б.Т. Социальный стресс, трудовая мотивация и здоровье.- 2-е изд., доп. и перераб. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. - 32 с.
 7. ВИЧ-инфекция, сексуальное и репродуктивное здоровье молодежи / Под ред. Л.П Симбирцевой. — СПб.: Островитянин, 2010. - 344 с.
 8. Гигиена детей и подростков: руководство к практическим занятиям: учебное пособие / под ред. проф. В.Р. Кучмы. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 560 с.
 9. Клиники, дружественные к молодежи. Пособие для организатора. - Новосибирск, ЮНИСЕФ, 2002/ - 235 с.
 10. Кротин П.Н., Куликов А.М., Кожуховская Т.Ю. Клиники, дружественные к молодежи. Руководство для врачей и организаторов здравоохранения. - СПб-МАПО, ЮНИСЕФ. — М., 2006. - 60 с.
 11. Кротин П.Н., Куликов А.М., Кожуховская Т.Ю. Комплексный анализ деятельности клиники, дружественной к молодежи. Методические рекомендации. — СПб, 2008. - 62с.
 12. Кучма В.Р. Гигиена детей и подростков: Учебник. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 480 с.
 13. Кучма В.Р. Школы здоровья в России (концепция, планирование и развитие). — М., Издатель Научный центр здоровья детей РАМН. 2009. — 128 с.
 14. Кучма В.Р., Сухарева Л.М., Степанова М.И. Гигиениче-

- ские проблемы школьных инноваций. – М.: Научный центр здоровья детей РАМН, 2009. – 240 с.: ил.
15. Либина И.И. Роль социально-гигиенических условий в формировании основных параметров качества жизни подростков: Автореферат на соискание ученой степени кандидата биологических наук по специальности 14.00.04-Гигиена, М., 2004.- 25 с.
 16. Соколова Н.В. Научное обоснование комплексного подхода к гигиенической оценке качества жизни учащейся молодежи: Автореферат на соискание ученой степени доктора биологических наук. - М., 2008. - 51 с.
 17. Ушаков И.Б. Качество жизни и здоровье человека (монография).- Воронеж: Истоки, 2005. - 130 с.

Приложения

Приложение 1.

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ОТВЕТОВ ПОДРОСТКОВ-ШКОЛЬНИКОВ И СТУДЕНТОВ ПРИ САМООЦЕНКЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА, МЕСТА ПРОЖИВАНИЯ И ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ($M \pm m$ %)

Самооценка каче- ства жизни	Подростки 13-14 лет (включительно)		
	г.Воронеж n=246 чел.	Села Воронеж- ской области n=266 чел.	Московская кадетская школа n=96 чел
Очень высокое	10,2±1,9	20,3±2,5	25,0±4,4
Высокое	34,5±3,0	50,4±3,1	55,2±5,1
Удовлетворитель- ное	36,2±3,1	21,1±2,5	14,6±3,6
Низкое	15,0±2,3	6,3±1,5	3,1±1,8
Очень низкое	4,1±1,3	1,9±0,8	2,1±1,5

Подростки 15-17 лет (включительно)			Подростки 16-18 лет (включительно)	Юноши и девушки 17-22 лет
г.Воронеж n=696 чел.	Села Воронеж- ской области n=568 чел	Московская кадетская школа n=144 чел	Воронежский кол- ледж строительных технологий n=98 чел	Воронежский педагогический университет n=117 чел
12,9±1,3	8,2±1,2	20,1±3,3	8,2±2,8	12,0±3,0
44,0±1,9	40,0±2,1	54,9±4,1	36,7±4,9	49,6±4,6
38,1±1,8	25,0±1,8	20,1±3,3	44,9±5,0	31,6±4,3
2,0±0,5	19,0±1,6	2,1±1,2	8,2±2,8	1,7±1,2
3,0±0,6	7,8±1,1	2,8±1,4	2,0±1,4	5,1±2,0

Приложение 2.

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ПРИОРИТЕТНЫХ ОТВЕТОВ ПОДРОСТКОВ-ШКОЛЬНИКОВ И СТУДЕНТОВ ПРИ САМООЦЕНКЕ СОСТАВЛЯЮЩИХ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА, МЕСТА ПРОЖИВАНИЯ И ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Наиболее значимые факторы	Подростки 13-17 лет (включительно), проживающие в г. Воронеже n=942 чел.		Подростки 13-17 лет (включительно), проживающие в селах Воронежской области n=834 чел.	
	Ранговое место	Удельный вес в структуре ответов (M±m %)	Ранговое место	Удельный вес в структуре ответов (M±m %)
Хорошее здоровье	I	34,5±1,5	I	38,7±1,7
Финансовое благополучие	II	24,5±1,4	III	18,0±1,3
Успешное обучение	IV	10,9±1,0	V	6,0±0,8
Хорошие взаимоотношения с родителями (в семье)	III	20,4±1,3	II	22,1±1,4
Хорошие взаимоотношения с друзьями	V	2,5±0,5	IV	8,0±0,9
Хорошие условия проживания	VII	2,0±0,5	VI	3,0±0,6
Хорошее питание	VI	2,2±0,5	VII	2,9±0,6
Успешные занятия спортом	IX	1,4±0,4	VIII	0,7±0,3
Хорошие взаимоотношения с любимой девушкой (любимым парнем)	VIII	1,6±0,4	IX	0,6±0,3

Подростки 13-17 лет (включительно) – учащиеся Московской кадетской школы n=240 чел.		Юноши и девушки 17-22 лет– студенты Воронежского педагогического универси- тета n=117 чел	
Ранговое место	Удельный вес в структуре ответов (M±m %)	Ранговое место	Удельный вес в структуре ответов (M±m %)
I	22,1±2,7	I	75,2±4,0
IV	13,3±2,2	IV-V	2,6±1,5
III	13,8±2,2	III	3,4±1,7
V	11,7±2,1	II	10,3±2,8
VI	10,8±2,0	VI-VIII	1,7±1,2
II	14,2±2,3	VI-VIII	1,7±1,2
IX	2,0±0,9	VI-VIII	1,7±1,2
VIII	2,1±0,9	IX	0,8±0,8
VII	10,0±1,9	IV-V	2,6±1,5

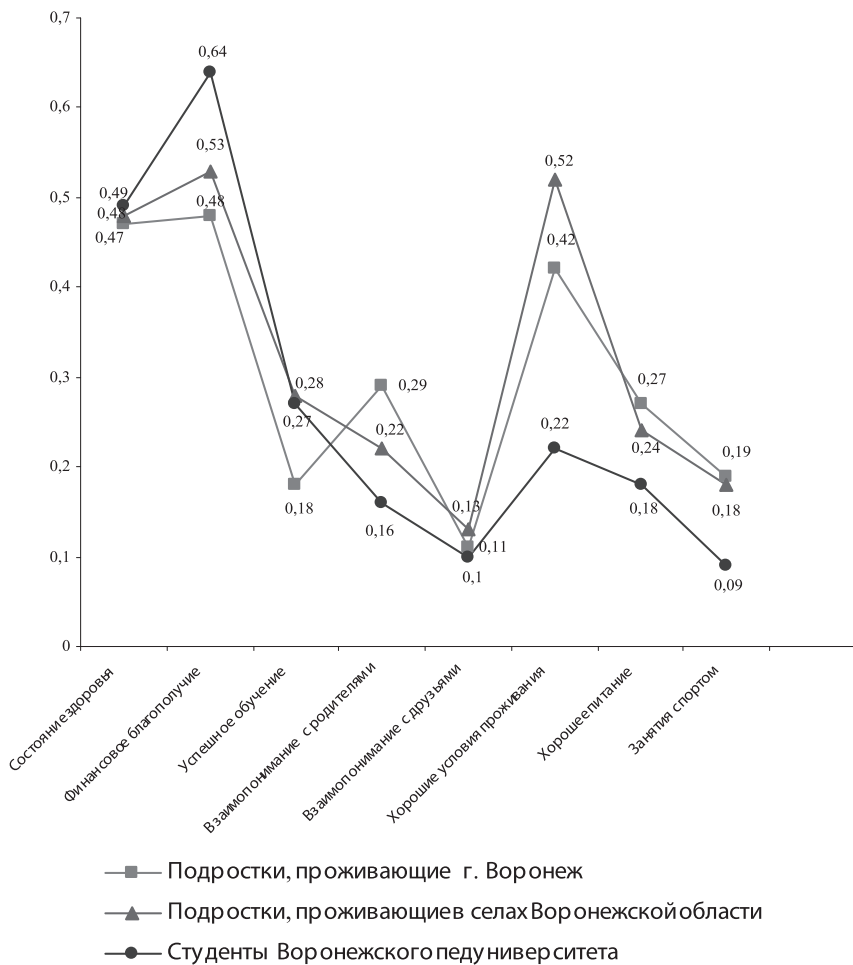
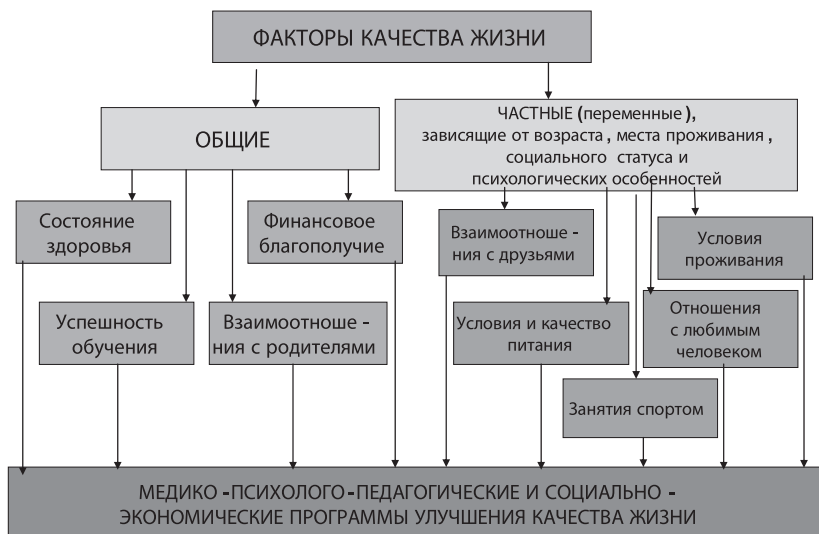


Рис.1 Корреляции между качеством жизни и его приоритетными составляющими (по оценкам подростков и студентов)

Приоритетные факторы, влияющие на качество жизни подростков и студентов



Интернет ресурсы по проблеме

www.adolesmed.ru
www.dfes.gov.uk
www.euro.who.int
www.eusuhm.org
www.euteach.com
www.focus-media.ru
www.hepseurope.eu
www.iuhpe.org
www.iaah.org
www.juventa-spb.info
www.juventa-spb.ru/kn
www.kondom.nu
www.lafa.nu
www.nczd.ru
www.niigd.ru
www.p-guiden.nu
www.prochildren.org
www.rfpa.ru
www.schoolsforhealth.eu
www.shapeupeurope.net
www.takzdorovo.ru
www.tenn-info.ru
www.unicef.ru
www.vhpb.org
www.vvb.spb.ru
www.whoiswho-verlag.ch
www.yadnet.sp.ru
www.youthcentre.ru
www.youthhealthtalk.org
www.zdoroviedevochki.ru
www.zdorovie-malchika.ru